

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
*Laboratório de Análise do Comportamento e Saúde (LACS)*

**Terapia Analítico-Comportamental: Análise de Processos e  
Resultados em Estudos de Sujeito Único (N=1)**

Sara Gonzalez Moron

---

São Carlos, SP  
Setembro, 2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
*Laboratório de Análise do Comportamento e Saúde (LACS)*

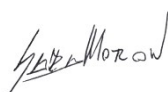
**Terapia Analítico-Comportamental: Análise de Processos e Resultados em  
Estudos de Sujeito Único (N=1)**

Sara Gonzalez Moron

Monografia apresentada como pré-requisito para a obtenção do Grau de Bacharel no Curso de Graduação em Psicologia da UFSCar.

Orientação: Profa. Dra. Maria de Jesus Dutra dos Reis.

Co-orientador: Prof. Dr. Gabriel Vieira Cândido



---

Sara Gonzalez Moron



---

Maria de Jesus Dutra dos Reis

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Gabriel, que me apresentou pela primeira vez a TAC, onde me encontrei dentro da psicologia. Obrigada por tornar esse trabalho possível, pelo suporte e disponibilidade constantes, parceria e ensinamentos durante minha formação e o desenvolvimento desse projeto. À Jesus, por topar entrar nessa jornada e maratonar a finalização desse trabalho, mesmo em períodos difíceis. Ao grupo de pesquisa do TACN1 por suas valiosas contribuições nesse trabalho, em especial ao Denis, que me recebeu no grupo com tanta generosidade. À Lidia, por desde 2020 ser muito presente em minha formação como pesquisadora, tornando o desenvolvimento desse trabalho muito mais fluido e tranquilo. A todos meus professores que contribuíram com minha formação e base em análise do comportamento, essencial para o desenvolvimento dessa pesquisa. À minha família e amigos, que me deram suporte nos momentos em que as coisas pareciam mais difíceis. Por fim, agradeço a Lívia, Julie, Laura, Camila, Ana, Rapha e Rafa, que traçaram todo o caminho da graduação comigo, minha rede de apoio e parceiras constantes.

**SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>DESCRIÇÃO GERAL I: DETALHAMENTO GERAL DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>DESCRIÇÃO GERAL II: PARTICIPANTES, LOCAL E INSTRUMENTOS DE MEDIDAS .....</b>	<b>16</b>
<b>DETALHAMENTO DO ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO BREVE .....</b>	<b>18</b>
<b>PARTE 1 .....</b>	<b>18</b>
<b>PARTE 2 .....</b>	<b>30</b>
<b>PARTE 3 .....</b>	<b>41</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>56</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1. Decomposição de etapas de uma intervenção de descrição das contingências .....</b>	<b>31</b>
<b>Figura 2. Decomposição de etapas de uma intervenção de atuação como ambiente para comportamentos-problema .....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 3. Decomposição de etapas de uma intervenção de atuação como ambiente para comportamentos-alvo .....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 4. Decomposição de etapas de uma intervenção de desenvolvimento e generalização de comportamentos-alvo .....</b>	<b>36</b>
<b>Figura 5. Decomposição de etapas de uma intervenção de reflexão sobre ambientes problemáticos .....</b>	<b>38</b>
<b>Figura 6. Decomposição de etapas de uma intervenção de alteração de função de estímulos .....</b>	<b>40</b>
<b>Figura 7. Descrição de etapas para tomada de decisões para encaminhamento .</b>	<b>44</b>

Moron, S.G. (2022). *Terapia Analítico-Comportamental: Análise de Processos e Resultados em Estudos de Sujeito Único (N=1)*. Monografia apresentada para a obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia do Curso de Graduação de Psicologia. Universidade Federal de São Carlos. pgs 1-56.

## RESUMO

Doenças mentais são uma problemática crescente no âmbito da saúde mental ao redor do globo. A psicoterapia é um dos tratamentos recomendados atualmente para essa complexa questão, havendo diferentes referenciais teóricos utilizados. Dentre as abordagens terapêuticas no Brasil encontra-se a Terapia Analítico-Comportamental (TAC), baseada no Behaviorismo Radical e com a intervenção focada na análise das contingências vigentes no contexto do indivíduo ou grupo analisado. Estudos recentes sobre os processos e resultados na TAC, tem enfatizado a necessidade de mais pesquisas com a finalidade de descrição de processos e resultados, buscando ampliar evidências de eficácia e eficiência. Dentre as muitas discussões, fica cada dia mais premente a necessidade de se desenhar procedimento de intervenção, em grupos ou individuais, emprocedimentos com poucas sessões, a saber, um modelo de psicoterapia breve no modelo TAC. O presente estudo teve como objetivo descrever uma intervenção de acolhimento psicológico breve embasado na TAC, planejado para ser realizado em até 12 atendimentos individuais de 50 minutos e com frequência semanal. O processo desenvolvido nesse procedimento foi detalhado nas suas diferentes fases. Os principais objetivos de um conjunto de sessões foram delineados, os principais procedimentos implementados descritos, os instrumentos utilizados delineados, tentando enfatizar especialmente o papel do terapeuta nesse processo. Foram também inserido exemplos de produtos, a partir da intervenção com três participantes encaminhadas pela lista de espera do atendimento, oferecido por uma universidade pública do interior de São Paulo. Para a inserção dos casos no presente estudo, o delineamento foi submetido e aprovado a Comitê de Ética para Pesquisas com Humanos. Considerações gerais e iniciais permitem a discussão sobre algumas dificuldades do modelo, possibilidades de aplicações remotas e presenciais e indicando caminhos para possíveis pesquisas futuras.

Palavras-chave: Terapia Analítico-Comportamental (TAC); Psicoterapia Breve; Pesquisa de Processos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) informava que os transtornos mentais acometiam, no início do século, 450 milhões de pessoas ao redor do mundo, realizando naquele momento um alerta sobre tendência de crescimento do fenômeno. Em 2017, a OMS publicou dados de 2015 que apontaram 586 milhões de indivíduos no mundo acometidos apenas pelas chamadas doenças mentais comuns – depressão e ansiedade. Como impactos, a organização relaciona problemas como suicídio, causa de 1,5% das mortes no mundo em 2015, sendo entre as 20 primeiras causas no mundo de maneira geral e segunda quando considerados apenas jovens de 15 a 29 anos.

No Brasil, a estimativa de dados de 2015 da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) apontou que 9,3% da população era acometida por transtorno de ansiedade e 5,8% por transtorno depressivo, patologias que causam prejuízos humanos, sociais e econômicos (Duailibi & da Silva, 2014; Vigo, Thornicroft & Atun, 2016). Tais impactos são ainda pouco considerados no quesito de saúde pública. Há estimativas de que cerca de 76% e 85% de pessoas de países de baixa e média renda (como é o caso do Brasil) apresentam esse tipo de transtorno, mas não recebem tratamento adequado (OPAS, 2020). Com a pandemia do COVID-19, essas demandas se intensificaram, tornando ainda mais urgente o investimento em soluções eficazes e eficientes para esse problema social (Kola, 2020; Savassi, Dias Bedetti, Joi de Abreu, Costa, Perdigão & Ferreira, 2020). A OMS reconhece essa crescente demanda intensificada pelo contexto pandêmico e aponta ainda, no Atlas de Saúde Mental de 2020, uma demanda mundial no enfrentamento dos transtornos mentais (WHO, 2021).

Como forma de enfrentamento do problema, a literatura defende o investimento em processos terapêuticos eficazes para o tratamento de diferentes quadros (*e.g.* Kline, Cooper, Rytwinski, & Feeny, 2018; Torres-Rodríguez, Griffiths, Carbonell, & Oberst, 2018). Há, dentre essa literatura, extensa evidência de eficácia das terapias de abordagem

comportamental (López-Bermúdez, Ferro-García, Calvillo-Mazarro, & Valero-Aguayo, 2021; Wilhelm et al., 2019; Kothgassner, Goreis, Robinson, Huscsava, Schmahl & Plener, 2021; Benfer, Spitzer & Bardeen, 2021; entre outros). A quantidade de sessões apresenta grande variação, passando de intervenções reduzidas em oito encontros a intervenções com anos de duração (Shalom & Aderka, 2020; Smit, Huibers, Ioannidis, van Dyck, van Tilburg & Arntz, 2012). Os resultados dos estudos indicam melhoras nas demandas terapêuticas, porém, como as técnicas terapêuticas estão em constante construção, são necessários estudos contínuos para avaliar a qualidade da intervenção.

Dentre as psicoterapias praticadas no Brasil, destaca-se a Terapia Analítico-Comportamental (TAC), considerando sua formulação e processos no atendimento, pesquisadores tem apontado a necessidade de ampliação dos estudos que examinam evidências quanto a sua efetividade (Leonardi & Meyer, 2015). A TAC norteia sua prática a partir de conceitos da Análise do Comportamento e Behaviorismos Radical, utilizando-se dos resultados de pesquisas básicas e aplicadas que explicitam a relação entre o comportamento e seu ambiente (Meyer, Del Prette, Zamignani, Banaco, Neno & Tourinho, 2010). As terapias baseadas na análise do comportamento recebem diferentes nomeações além de TAC, como Análise Comportamental Clínica (De-Farias, 2010; Marçal, 2014) e Terapia por Contingência de Reforçamento (Guilhardi, 2004). Esta variedade na nomenclatura tem sido apontada como produto da necessidade de maior sistematização e evidências com relação à abordagem terapêutica analítico-comportamental (Costa, 2011).

Da perspectiva da Análise do Comportamento, queixas e doenças relacionadas à saúde mental são compreendidas como todo comportamento humano: resultado da interação de um organismo com o seu meio, considerando os três níveis de seleção do comportamento: filogenético, ontogenético e cultural. Dessa maneira, um organismo apresenta um repertório



comportamental geneticamente selecionado (filogênese). Comportamentos públicos e privados também se desenvolvem a partir da ação direta das consequências sobre o comportamento individual durante a história de vida (ontogênese) de um indivíduo, de forma singular e única. E uma parte representativa desse repertório é selecionado por consequências apresentadas nos grupos sociais onde nasce e se desenvolve, – família, religião, escola, trabalho, entre outros. Dessa forma, comportamentos relativos a práticas culturais - como linguagem, estilos de roupas, religião, entre outros – aumentam de frequência e se constituem (Moore, 2017).

Com base no Behaviorismo Radical, a TAC recusa o modelo médico tradicional de adoecimento mental como uma doença fisiológica e geneticamente determinada. O terapeuta comportamental defende que o conceito de doença mental se refere a um conjunto de comportamento do indivíduo, produto de um complexo processo de seleção. A condição do “sofrimento” mental acontece num organismo biologicamente selecionado, mas com uma complexa história pessoal e cultural. Portanto, o foco da intervenção do terapeuta recai majoritariamente sobre as contingências vigentes no contexto do paciente (Banaco & Zamignani, 2004; Banaco, Zamignani & Meyer, 2010; Ferreira & Tourinho, 2011; Abreu & Abreu, 2017).

Uma importante influência da TAC foram os trabalhos de Charles Ferster, em especial seu trabalho examinando um modelo de depressão (Ferster, 1973). Nesse artigo, o autor descreveu de maneira funcional a ocorrência e estabelecimento de sintomas depressivos, identificando os sintomas como consequência de uma redução ou perda de reforçadores contingentes a respostas no contexto do indivíduo sintomático, reforços esses que tenderiam a eliciar novas respostas do paciente que seriam concorrentes às respostas depressivas.

Para uma intervenção efetiva, o elemento fundamental seria a Análise Funcional. Através das análises das contingências vivências pelo paciente, o terapeuta analítico-comportamental busca estabelecer uma análise individual da relação entre os comportamentos envolvidos na queixa do cliente e o contexto no qual está inserido, baseando a intervenção em hipóteses sobre quais os elementos mantenedores dos comportamentos inadequados do indivíduo (De-Farias, 2010). As informações da vida do cliente provêm quase que exclusivamente por meio dos relatos verbais e interações terapeuta-cliente no *setting* terapêutico, formulando-se intervenções a partir das informações obtidas por meio interpessoal (Kazdin, 1988; Kazdin & Weisz, 2003).

A partir dessas informações levantadas por diferentes procedimentos, o terapeuta TAC utiliza da análise de contingências como principal ferramenta, sistematizando antecedente, resposta e consequência no modelo da tríplice contingência. A análise de contingências tem como principal objetivo organizar operacionalmente as interações trazidas pelo cliente ou observadas em sessão, já que na prática essas informações tendem a surgir a priori de maneira pouco clara; os comportamentos-alvo comumente compõem longas cadeias de resposta, sendo aconselhada a decomposição desta em unidades comportamentais menores (Del Prette, 2011).

As análises de contingências podem ser elaboradas em dois diferentes níveis. O primeiro é formado pelas análises moleculares, ou microanálises, que indicam a relação funcional de comportamentos pontuais em contextos específicos. Essa é seria uma análise focal. A análise molecular é base para a construção do segundo nível de análise, o molar (macroanálises). Essas são mais amplas que as primeiras, e visam integrar os aspectos que mantém o comportamento-alvo atualmente com as variáveis históricas que contribuíram para que esse padrão de comportamento se instalasse. A análise molar é elaborada ainda com base

na tríplice contingência, mas de maneira mais ampla, considerando os comportamentos que caracterizam o padrão analisado, histórico de aquisição, contextos que ainda o mantém e as consequências que fortalecem e enfraquecem esse padrão (de-Farias, Fonseca & Nery, 2018).

A análise de contingências pode ser realizada a partir de dados coletados diretamente, como através de procedimentos experimentais, havendo manipulação direta das condições ambientais envolvidas na emissão do comportamento-alvo (Hanley, 2012) ou através da avaliação funcional descritiva, que demonstra-se suficiente para a elaboração de um plano de intervenção (*e.g.* Dunlap & Kern, 2018). A avaliação indireta também permite a rápida coleta de dados que tende a tomar um longo período de tempo para ocorrer na presença do terapeuta (Hanley, 2012), além de incluir comportamentos encobertos do indivíduo (Martin & Pear, 2009). Muitos estudo internacionais tem discutido e examinado os elementos críticos para a Análise Funcional (*e.g.* Roscoe, Schilichenmeyer & Dube, 2015; Kahveci & Ataman, 2017; Noel & Rubow, 2018; Schieltz et al., 2018, Dunlap et al., 2018; entre outros). A TAC utiliza como forma de organizar os dados individuais procedimentos em delineamento de sujeito único (N=1), como forma de respeitar as características individuais do sujeito e correlacioná-las com seu histórico, também único (Andery, 2010). Utilizando-se dos dados do participante como controle para si mesmo, empregam-se medidas iniciais de padrões de interação do paciente, posteriormente comparadas com as medidas dos mesmos padrões realizadas durante e após a intervenção terapêutica. Os padrões comportamentais são chamados de variável dependente, enquanto a intervenção é chamada de variável independente (Matos, 1990; Andery, 2010; Shaughnessy et. al, 2012).

O terapeuta analítico-comportamental usualmente lança mão de técnicas que se mostraram evidências de efetividade ao planejar suas intervenções. As técnicas terapêuticas comportamentais mais investigadas e estabelecidas tem sido modelagem, modelação,

reforçamento diferencial, resolução de problemas e role-playing, (Souza, Orti & Bolsoni-Silva, 2013; Calais & Bolsoni-Silva, 2008, Borges & Cassas, 2009), além de outras mais específicas, como ativação comportamental para quadros de depressão (Abreu & Abreu, 2017) e técnica de exposição e prevenção em casos de ansiedade social (Zamignani & Banaco, 2005). No entanto, as técnicas e procedimentos de intervenção são meios e não o fim da terapia. Elas são utilizadas considerando principalmente as contingências estabelecidas como produto da análise funcional.

Baseando-se no conceito de pesquisa baseada em evidências (PBE) da Associação Americana de Psicologia (American Psychology Association – APA, 2006), é possível avaliar as evidências de uma prática terapêutica por meio de ensaios clínicos randomizados, que utilizem de maneira controlada a mesma estrutura nas sessões psicoterapêuticas. Apesar de essa definição aproximar a pesquisa de delineamento de sujeito único do conceito de PBE, ao modelo individualizado utilizado pela TAC não convém a padronização das práticas, através, por exemplo, de manuais. A recente nova proposta elaborada por Hayes & Hoffman (2018), denominada como Terapia Baseada em Processos (TBP), aproxima-se da proposta da TAC, respeitando as individualidades do cliente submetido à prática clínica (Bolsoni-Silva & Josua, 2019).

Moretto e Bolsoni-Silva (2019), baseando-se nesse modelo terapêutico, realizaram uma intervenção a partir do programa Promove-universitários, um serviço terapêutico baseado em evidências apoiado nos princípios do behaviorismo radical, treinamento de habilidades sociais e da TAC, delineado com o objetivo de avaliar e desenvolver o repertório dos participantes através de procedimentos como análise funcional e modelagem (Bolsoni-Silva, Fogaça, Martins & Tanaka, 2020). O programa foi testado em aplicado a 14 graduandos, divididos aleatoriamente em grupos controle (n=5) e experimental (n=9). As

sessões, adaptadas de Bolsoni-Silva (2009), eram divididas em cinco partes: 1) revisão da tarefa de casa proposta na sessão anterior, 2) discussão do tema abordado na sessão, 3) exposição teórica do tema a partir de uma cartilha informativa, 4) apresentação da nova tarefa de casa e 5) avaliação da sessão. As sessões abordaram como temas pré-definidos como comunicação, direitos humanos básicos, comportamentos habilidosos, expressão de sentimentos, feedbacks positivos e agradecimentos, expressão de opiniões e sentimentos negativos, habilidades para lidar com críticas, relacionamentos amorosos e familiares e falar em público. Foram utilizadas técnicas comportamentais e treino de repertório a partir de objetivos estabelecidos individualmente por cada participante, antes do início da intervenção em grupo. Os resultados indicaram a diminuição de indicadores de fobia social, ansiedade e depressão, mostrando-se efetivo para a promoção de saúde mental. Os dados obtidos revelam também maiores mudanças funcionais no grupo experimental e disfuncionais no grupo controle, indicando validade interna do procedimento.

Aplicando-se os conceitos analítico-comportamentais, Garcia e Bolsoni-Silva (2015) realizaram uma intervenção em terapia analítico-comportamental com uma paciente universitária com sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A cliente havia sido vítima de violência sexual durante a infância e adolescência, e no momento do atendimento encontrava-se com problemas nos relacionamentos interpessoais e dificuldades em realizar a graduação. Foram utilizadas técnicas comportamentais descritas por Calais & Bolsoni-Silva (2008) (acolhimento, elogio, ensaio comportamental, fazer perguntas e/ou descrever relações funcionais, feedback, instrução, modelação, parafraseamento, reforçamento/modelagem e relato de eventos/aspectos relacionados ao abuso), e calculada a quantidade de ocorrências dessas, aplicadas de maneira a adequar-se aos relatos da cliente. Foram utilizadas medidas de repertório de habilidades sociais, rastreamento de TEPT e

escalas de medida de sintomas depressivos, sendo adaptadas de acordo com as queixas e comportamentos apresentados pela cliente.

A intervenção, com delineamento de sujeito único, foi estruturada analisando-se *déficits*, excessos e reservas comportamentais do caso, a partir dos relatos históricos e atuais apresentados em sessão, utilizando-se da análise de contingências. A intervenção foi realizada em dois momentos, um primeiro com 18 sessões e seis meses depois com novas 21 sessões. Durante o primeiro bloco de atendimentos, foi realizado um Treino em Habilidades Sociais (THS), com foco nas relações interpessoais, trabalhando-se as dificuldades específicas da cliente. Os resultados foram positivos tanto em relação à graduação da cliente quanto em uma das relações trabalhadas, havendo melhora em seu repertório de habilidades sociais. Ainda com problemas nos relacionamentos intrafamiliares, a cliente retornou para o segundo bloco de atendimentos, acrescentando-se aos objetivos questões específicas em relação à universidade e um aumento de peso, além de serem trabalhadas especificamente questões relacionadas ao TEPT. Como resultados, a cliente apresentou melhora nos relacionamentos familiares e diminuição de sintomas relacionados ao TEPT, obtendo resultados mais saudáveis nos instrumentos reaplicados após a intervenção.

Em um estudo mais recente, Levatti, Victuri, Garcia e Bolsoni-Silva (2018) analisaram os efeitos de intervenções analítico-comportamentais com duas mulheres com sintomas de ansiedade e depressão. Foram realizadas 30 sessões de 50 minutos com cada participante, analisadas em um delineamento de sujeito único. Os procedimentos basearam-se em pressupostos e técnicas comportamentais, buscando autoconhecimento, flexibilidade psicológica, aumento de reforçadores e desenvolvimento de repertório em diferentes áreas. Para mensuração de resultados, foram utilizados roteiro de entrevista clínica e inventários de depressão e de habilidades sociais. Como medidas de processos, foram aplicados protocolos

de observação da relação terapêutica, dos temas da sessão e dos procedimentos de intervenção. Foram realizadas medidas pré-teste, intermediária, pós-teste e de seguimento.

Ambas as pacientes apresentavam sintomas de depressão e ansiedade, além de problemas interpessoais. Ao final dos atendimentos, as queixas de ambas as participantes haviam deixado de existir. A primeira participante apresentou nível moderado de ansiedade no pré-teste e índices de depressão maior severa, passando para escores não clínicos no pós-teste. A segunda participante apresentava níveis moderados de ansiedade e depressão, passando para indicativos de níveis leves na aplicação do pós-teste. Os resultados foram mantidos na avaliação de seguimento. De maneira geral, o estudo indicou aquisição de repertório comportamental e redução dos sintomas, indicando efeitos positivos da TAC.

O programa Promove-Universitários, também foi analisado em uma nova aplicação a partir de delineamento de sujeito único, novamente apresentando evidências de benefícios da TAC na promoção de saúde mental (Moretto & Bolsoni-Silva, 2021). De maneira semelhante, a TAC mostrou-se efetiva para programas de intervenção em grupo de acordo com as demandas específicas de outras populações - por exemplo, Promove-Pais (Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), Promove-Crianças (Falcão & Bolsoni-Silva, 2016) e Promove-Professores (Bolsoni-Silva, Falcão, & Cognetti, 2021).

Bolsoni-Silva & Josua (2019) destacam que o efeito da psicoterapia não se dá apenas na redução dos comportamentos-alvo, mas também a aquisição de novos comportamentos que sejam funcionalmente equivalentes e mais adequados. Além disso, a falta de flexibilidade psicológica—isto é, o forte controle do indivíduo por regras e menor controle pelas contingências em vigor – pode causar sofrimento psicológico significativo (Luoma, Hayes & Walser, 2007). Sendo o ser humano um ser social, grande parte das habilidades exigidas em seu repertório são habilidades sociais, sendo o déficit nessas um fator de risco já identificado

em transtornos mentais (Murta, 2007). Assim, o desenvolvimento de um repertório pessoal pode minimizar efeitos de situações negativas e melhorar os desfechos obtidos, aumentando assim, também, o acesso a reforçadores (Pereira, 2016). As habilidades sociais podem ser analisadas através da tríplice contingência em vigor identificando-se, através das relações funcionais, déficits comportamentais presentes, comportamentos concorrentes e comportamentos relacionados com as queixas trazidas (Gresham, 2013; Del Prette & Del Prette, 2012).

Para Bolsoni-Silva (2002), o Treino de Habilidades Sociais (THS) possui extensa relação com a análise do comportamento, sendo possível a utilização de diferentes técnicas comportamentais para sua aplicação (como ensaio comportamental, reforçamento, dessensibilização sistemática, entre outros). A autora identificou um papel importante do THS na clínica analítico-comportamental, já que pode contribuir para a avaliação e formulação do caso, ao descrever o repertório do indivíduo, além de trazer à tona diferentes procedimentos de intervenção específicos que podem ser aplicados no ambiente de atendimento psicoterápico.

Assim como a efetividade da intervenção, deve-se considerar a viabilidade do tratamento para transtornos mentais. O prejuízo econômico individual e institucional causados pelas doenças mentais é extenso, não apenas pelos custos do tratamento, mas também pelas consequências indiretas, como necessidade de licenças e aposentadoria precoce (Wittchen et al., 2011). No contexto brasileiro, o sistema de saúde público se encontra sobrecarregado e sem capacidade de atender às demandas no setor de saúde mental (e.g. Moreira & Bosi, 2019). Enquanto o processo terapêutico, especialmente em casos considerados de maior gravidade, pode durar até mesmo anos, uma possível alternativa para essas problemáticas na saúde é a realização de psicoterapias que ocorrem em tempo limitado



de tempo, possibilitando atenção a um maior número de pacientes aguardando pelo serviço. A psicoterapia breve tem sido apontada como uma alternativa diante da sobrecarga no sistema de saúde, já que reduziria custos do tratamento e das consequências secundárias, e pode ser desempenhada em diferentes abordagens e formatos (*e.g.* individual, em grupo, de casal, familiar, entre outras) e por diferentes períodos. A psicoterapia breve tem se mostrado eficaz, ainda que haja ressalvas sobre o número adequado de sessões a serem conduzidas com o paciente, destacando a importância da produção de evidências sob esta ótica (Cuijpers et al., 2011; Town et al., 2012; Abbass et al., 2014; Cuijpers et al., 2014).

O programa Promove-Universitários já foi aplicado em um modelo individual de número de sessões reduzido, a partir de um modelo de 12 sessões, aproximando-se de um modelo de psicoterapia breve, com diagnósticos específicos de fobia social (Rocha, Bolsoni-Silva & Verdu, 2012) e depressão (Orti, Souza-Girotti & Bolsoni-Silva, 2015). Os resultados, em ambas aplicações, foram positivos, com os pacientes passando da condição clínica para não-clínica no primeiro estudo e apresentando melhores índices no Inventário de Depressão de Beck (BDI) e nas entrevistas clínicas no segundo. Os estudos relataram que a intervenção individual trouxe a possibilidade de um maior enfoque para comportamentos específicos do paciente mas que, tratando-se de um treinamento apenas de habilidades sociais, limitou as intervenções que normalmente são realizadas em grupo. Ainda que com limitações, a intervenção individual foi importante para que os participantes tivessem acesso a um procedimento analítico-comportamental, uma vez que não tiveram interesse em aderir a uma intervenção em grupo.

Por sua vez, Ramiro, Moreira, Junior, Almeida, Moron e Cândido (2022) realizaram uma intervenção de apoio psicológico breve, embasada na Terapia Analítico-Comportamental, durante a pandemia. As intervenções foram formuladas em um formato

mais próximo ao de psicoterapia em relação aos programas Promoves, havendo, além do treino de habilidades sociais, foco em acolhimento, validação, fortalecimento de redes de apoio, aconselhamento e orientação. Foram atendidos ao todo 19 pacientes de uma unidade de saúde, e os atendimentos ocorreram semanalmente por videochamadas, por até 10 encontros. As queixas eram bastante variadas, havendo entre elas sintomas ansiosos, dificuldades de adaptação com novos contextos e dificuldades com o isolamento social. As sessões foram divididas em sessões iniciais de acolhimento, intermediárias com intervenções voltadas para acolhimento, encaminhamentos quando necessários, ensino e auxílio com algumas técnicas comportamentais e treino de habilidades sociais. Devido ao caráter remoto, foram percebidas algumas dificuldades como falhas na conexão de internet, porém a intervenção ainda foi considerada positiva diante dessa instabilidade e as dificuldades puderam ser contornadas. A intervenção demonstrou resultados positivos, como maior regulação emocional, redução do consumo de álcool e medicamentos e desenvolvimento de autoconhecimento. Foram identificadas dificuldades pelo número limitado de sessões, dificultando principalmente o desenvolvimento de aliança terapêutica.

Considerando o exposto, nota-se que há evidências de efetividade de intervenções embasadas na TAC mas, quando intervenções breves, ainda próximas ao formato de THS e menos semelhantes a uma intervenção psicoterapêutica. O estudo de Ramiro *et al.* (2022) realizou uma intervenção de acolhimento psicológico com elementos como aconselhamento, orientação e reflexão, além de buscar desenvolver o repertório comportamental dos pacientes, mas identificaram dificuldades relacionadas à limitação a 10 sessões. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo propor e descrever um processo de acolhimento psicológico breve com 12 sessões, dentro de procedimentos de avaliação e intervenção da TAC. Para tanto, devemos descrever as principais fases da intervenção, procedimentos e

aspectos da análise funcional a serem priorizados, exemplos de medidas e exemplos desta aplicação considerando três casos clínicos.

## **DESCRIÇÃO GERAL I: Detalhamento geral da intervenção**

### **Procedimento geral**

O modelo adotado pelo programa de acolhimento psicológico considera o acompanhamento do paciente dentro do modelo de delineamento de caso único, de maneira a considerar as individualidades de cada caso. Dessa perspectiva, são coletadas medidas pré-teste, intermediárias e pós-teste, para avaliar melhoras do paciente.

Sempre que possível, recomenda-se que as sessões sejam registradas em mídia digital de forma que possa ser realizado, posteriormente, análise de concordância em participar. As participantes responderam aos questionários SEQ e ORS como medidas de linha de base, e são combinados dias e horário fixo para atendimentos. As sessões são realizadas a partir de uma abordagem analítico-comportamental e tiveram frequência semanal e duração de 50 minutos.

O procedimento proposto foi organizado em 12 sessões, a saber.

*Sessões 1 a 3:* acolhimento, validação e formação de vínculo. Levantamento de informações sobre o cliente (por exemplo, história de vida, queixas e outros tratamentos). A partir dessas sessões é realizada a formulação de caso e são definidos os objetivos terapêuticos e intervenções a serem realizadas com aquele participante específico.

*Sessões 4 a 10:* avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções reflexivas a partir de técnicas comportamentais como proposto por Calais e Bolsoni-Silva (2008) (reforçamento/modelagem, feedback, modelação, ensaio comportamental, dessensibilização sistemática, entre outros). A intervenção é baseada na formulação de caso e análise de contingências formuladas com base nas informações coletadas nas sessões iniciais, a partir do procedimento estabelecido por de-Farias, Fonseca e Bezerra (2018).

*Sessões 11 a 12:* Levantamento de aprendizagens, acolhimento, encaminhamento e finalização do processo terapêutico.

Em específico na sessão 1, são realizadas apresentações do processo terapêutico e esclarecidas dúvidas restantes. Nas sessões 1, 2, 6, 7, 11 e 12 os participantes respondem ao SEQ ao final da sessão, assim como o terapeuta. No início de todas as sessões, é também aplicado o questionário ORS, como medida de acompanhamento constante dos resultados da intervenção. A Tabela 1 define os objetivos e instrumentos utilizados em cada semana da intervenção.

Tabela 1. Objetivos e instrumentos aplicados em cada semana de intervenção.

Semana	Descrição da sessão	Instrumentos
Semana 1	Apresentações, acolhimento, validação, formação de vínculo e levantamento de informações.	Aplicação do ORS e SEQ.
Semana 2	Acolhimento, validação, formação de vínculo e levantamento de informações.	Aplicação do ORS e SEQ.
Semana 3	Acolhimento, validação, formação de vínculo e levantamento de informações.	Aplicação do ORS.
Semana 4	Avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções reflexivas.	Aplicação do ORS.
Semana 5	Avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções reflexivas.	Aplicação do ORS.
Semana 6	Avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções reflexivas.	Aplicação do ORS e SEQ.
Semana 7	Avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções reflexivas.	Aplicação do ORS e SEQ.
Semana 8	Avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções reflexivas.	Aplicação do ORS.
Semana 9	Avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções	Aplicação do ORS.

	reflexivas.	
Semana 10	Avaliação de perspectivas e possibilidades, orientações e aconselhamentos e intervenções reflexivas.	Aplicação do ORS.
Semana 11	Levantamento de aprendizagens, acolhimento, encaminhamento e finalização do processo terapêutico.	Aplicação do ORS e SEQ.
Semana 12	Levantamento de aprendizagens, acolhimento, encaminhamento e finalização do processo terapêutico.	Aplicação do ORS e SEQ.

### **DESCRIÇÃO GERAL II: Participantes, local e instrumentos de medidas**

O procedimento de acolhimento foi realizado com três participantes encaminhadas para a clínica escola de uma universidade pública do interior de São Paulo. Os critérios de inclusão foram: ter entre 18 e 60 anos; ter disponibilidade de participar da intervenção regularmente um dia por semana; apresentar queixas de perda na qualidade de vida relacionada a fatores emocionais e/ou comportamentais. Para que os dados das sessões pudessem ser apresentados, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, atendendo à Resolução nº. 510/2016 (protocolado como CAAE: 57918122.3.0000.5504). O recrutamento dos participantes ocorreu a partir dos encaminhamentos realizados para o serviço de apoio psicológico da clínica escola da universidade, sendo esses contactados e oferecida a participação na pesquisa. Participaram da pesquisa as seguintes participantes<sup>1</sup>:

*Participante R:* Mulher, 39 anos, em relacionamento estável, trabalha como segurança em condomínio particular. Suas queixas envolviam dificuldade de comunicação com a filha e

---

<sup>1</sup> Alguns dados das participantes foram alterados, de maneira a garantir sigilo.

em lidar com diagnóstico de depressão. A paciente relatou crises depressivas intensas, com pensamentos relacionados à morte, alucinações visuais e crises ansiosas. Os objetivos foram aumentar a emissão de comportamentos verbais assertivos e aumento de repertório comportamental, visando substituição por comportamentos de fuga e esquiva. Os atendimentos já se encerraram e ocorreram na modalidade remota.

*Participante C:* Mulher, 48 anos e divorciada. Trabalhou como fisioterapeuta e estava há cerca de quatro anos afastada por invalidez, por conta de uma violência física que sofreu do ex-marido, que deixou sequelas que inviabilizaram o trabalho. Os objetivos dos atendimentos foram aumentar a frequência de descrição de sentimentos e refletir sobre possíveis ocupações que a paciente poderia ter não podendo mais executar sua formação. Os atendimentos já se encerraram e ocorreram na modalidade remota.

*Participante M:* Mulher, com 51 anos, casada há mais de 30 anos e trabalha como empregada doméstica. Sua queixa envolvia o luto a partir do suicídio do filho, há menos de um ano, além de insatisfação no casamento. Os objetivos foram elaborar o luto, reduzir comportamentos de esquiva experiencial e aumentar o repertório comportamental de assertividade. Os atendimentos ainda estão em andamento e ocorrem presencialmente.

As sessões do procedimento foram realizadas tanto em ambiente virtual, utilizando o ambiente virtual do Google Meet, quanto presencialmente, no espaço físico da clínica escola da universidade. Todas as sessões foram gravadas e os dados mantidos com acesso restrito a(o) terapeuta e supervisor. Durante a intervenção, são utilizados os seguintes instrumentos:

- *Instrumento de Entrevista Inicial:* utilizou-se o instrumento de apoio para primeira entrevista proposto por Murtha e Rocha (2014), composto por uma lista de comportamentos que o terapeuta deve emitir, em algum grau, na primeira sessão. O instrumento é dividido em comportamentos a serem emitidos no início, meio e final da sessão, sendo um apoio para o

terapeuta guiar o primeiro encontro. O instrumento indica perguntas a serem feitas relacionadas a aspectos como características das queixas (*e.g.* início, frequência) e relações das queixas com o ambiente.

- *Questionário de Avaliação de Sessões (SEQ)*: desenvolvido por Stiles (1980) e adaptado para o Brasil por Ramos et al. (2019), é composto por 21 itens que variam sete pontos na escala Likert, que variam entre dois pólos de estados de humor (*e.g.* bravo e satisfeito). O questionário é dividido em duas partes, de avaliação da sessão e humor do participante. “Essa sessão foi”, que será aplicada pós-sessão; e “Agora me sinto”, aplicado antes e após a sessão.

- *Escala de Avaliação de Resultados (EAR)*: O *Outcome Rating Questionnaire (ORS)* é um instrumento desenvolvido por Miller e Duncan (2000) com o objetivo de avaliar o funcionamento geral do indivíduo, a partir de um instrumento visual e breve, em quatro áreas. A tradução do instrumento, ainda não validada para a população brasileira, foi desenvolvida para fins dessa intervenção, a partir da tradução independente de dois indivíduos, com as discordâncias analisadas por um terceiro, definindo-se uma versão final. O instrumento possui quatro linhas de dez centímetros, em que o indivíduo deve marcar como se sentiu na última semana, sendo marcas a direita representativas de níveis mais baixos e marcas à esquerda representativas de níveis mais altos (ANEXO I).

Na presente publicação não iremos apresentar os estudos de caso com todas as medidas e resultados envolvidos. Como o objetivo é familiarizar o protocolo, incluímos aqui extratos do caso, que possibilitasse discutir e formalizar o que foi sendo desenvolvido.

## **DETALHAMENTO DO ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO BREVE**

### **PARTE 1 - Sessões de formulação de caso**



## Semanas: 1 a 3

### *Intervenções iniciais*

No primeiro momento em que o paciente busca a psicoterapia, responde o questionário pré atendimento ou durante o primeiro atendimento, no qual apresenta sua queixa inicial, ou seja, porque buscou o atendimento e está respondendo àquele questionário e/ou presente naquele primeiro atendimento. A depender da queixa do paciente, ele pode estar mais exposto a situações identificadas como de crise e que devem ser priorizadas no processo de cuidado, uma vez que se caracterizam por um estado temporário de perturbação (Slaikau, 1990); crises são comportamentos que oferecem risco à sua vida como, por exemplo, a existência de tentativas anteriores de suicídio (WHO, 2019; Brasil, 2020) ou situações de violência doméstica (Stöckl et al., 2013), o que indica a necessidade de uma identificação precoce. Além disso, nesse primeiro momento da intervenção, os comportamentos do terapeuta devem ter como foco se comportar de forma a estabelecer uma relação terapêutica positiva com o paciente e apresentar-se acolhedor. Detalharemos abaixo esses três aspectos das intervenções iniciais.

#### *Crise*

Não raramente, o paciente vem à terapia em um momento em que suas estratégias de enfrentamento já não são suficientes para lidar com as situações adversas de seu cotidiano. Como consequência, chegam à terapia com altos níveis de estresse, contexto facilitador para a ocorrência de crises (Zamignani & Banaco, 2005). Diante da averiguação desse fato, cabe ao terapeuta verificar, caso haja de fato risco iminente ao paciente, a possibilidade de encaminhar o paciente para um serviço ou local em que sua vida esteja segura. Para isso, é necessário realizar uma psicoeducação breve, em que o terapeuta indica para o paciente o

porquê de sua preocupação e se dispõe para auxiliar o paciente no seguimento de sua sugestão de encaminhamento.

Dessa forma, caso o paciente apresente, por exemplo, uma crise ansiosa durante as sessões iniciais, o terapeuta pode aplicar uma estratégia de relaxamento (e.g. Neto,2011) para reduzir o nível de ansiedade momentâneo do paciente. Quando reduzido, o terapeuta deve engajar-se em uma psicoeducação, em que indica possíveis sintomas que podem caracterizar a ocorrência de uma crise e os fatores ambientais que podem causá-la, refletindo com o paciente o que pode ter ocasionado aquela crise específica. Além disso, o terapeuta deve recomendar a redução dos níveis basais do paciente durante a semana (Barbosa, 2004). Nas sessões subseqüentes, o terapeuta deve então atualizar-se sobre a ocorrência de crises durante a semana entre sessões, sendo essa uma maneira tanto de compreender o curso dos sintomas do paciente, quanto de demonstrar empatia com o sofrimento do paciente, contribuindo para a formação de vínculo terapêutico.

#### *Caso R*

Ao final do primeiro atendimento, a paciente relatou sentir palpitação no peito, tremor nas mãos e angústia, começando a chorar. Identificando que a paciente poderia estar apresentando uma crise de ansiedade, a terapeuta prolongou a sessão até que a paciente relatou estar se sentindo melhor, cerca de 20 minutos depois. Durante esse tempo, a terapeuta realizou uma psicoeducação com a paciente, explicando que conversar sobre temas difíceis pode eliciar algumas respostas ansiosas, além de pedir para que descrevesse sua rotina do dia a dia desde o momento em que acorda, buscando trazer o foco atencional da paciente para o tema e distanciando-o dos sintomas ansiosos.

#### ***Relação terapêutica***

A relação terapêutica é uma importante ferramenta, tanto para a permanência do paciente no processo terapêutico quanto para a ocorrência de mudanças nos comportamentos problema do paciente. Segundo Tsai e Kohlenberg (1987) uma relação de intimidade permite

maior acesso aos sentimentos do paciente e, por consequência, permite uma maior compreensão das contingências que atuam no contexto do paciente. Ao mesmo tempo, as reações do terapeuta são percebidas pelo paciente: da mesma maneira que no contexto extra sessão possui habilidades sociais que lhe permitem perceber reações e expressões faciais associadas a compreensão ou julgamentos, durante sessão irá perceber reações do terapeuta diante de seus relatos, sendo essas reações consequências ao comportamento de relatar eventos e, portanto, determinantes da recorrência desse comportamento em oportunidades futuras. Pela outra via, o paciente desperta reações no terapeuta, que devem ser percebidas e analisadas, uma vez que possivelmente reações semelhantes são percebidas pelos pares do paciente e, possivelmente, indicam reações que podem determinar as consequências que ocorrem no contexto cotidiano do paciente (Banaco, 1993). Além disso, Tsai e Kohlenberg (1987) afirmam que o terapeuta deve estabelecer uma relação genuína com o paciente, a qual tem enorme potencial para auxiliar na melhora clínica.

#### Caso R

Buscando estabelecer uma relação terapêutica genuína, a terapeuta buscou compreender como deve ser difícil para R sentir que não consegue se comunicar com a filha, expressando isso através de falas como “deve ser muito frustrante não saber mais o que dizer para que sua filha tome os medicamentos que precisa”. Nesse sentido, a terapeuta também deixava claro para a paciente ao final das sessões que, se precisasse, a terapeuta estaria sempre disponível por mensagens, e que poderiam até mesmo marcar um horário extra de emergência se R precisasse do apoio.

#### *Acolhimento e esperança*

Historicamente, é bastante possível que o paciente tenha se engajado em comportamentos de diferentes topografias e que geraram consequências punitivas, encontrando-se em processo de desamparo, isto é, após um histórico de emissão de comportamentos sem reforçamento, essa classe de comportamentos possivelmente encontra-

se em processo de extinção (Dougher & Hackbert, 2003). Em contrapartida, o processo terapêutico depende da participação do paciente e de seu engajamento na emissão de novos comportamentos, o que pode parecer ter um custo muito alto considerando suas tentativas passadas falhas. Por esse motivo, é importante que o terapeuta seja sensível e não emita julgamentos diante do possível estado de desamparo em que o paciente pode se encontrar e das estratégias inadequadas que apresentar para resolução de problemas. O terapeuta também deve se dedicar a dar esperança para o paciente, buscando o engajamento dele no processo e a emissão de comportamentos que direcionem o paciente a um repertório comportamental mais adequado ao ambiente em que encontra dificuldades.

#### *Caso M*

Nos atendimentos iniciais, a paciente relatou dor emocional intensa após a perda do filho, uma experiência extremamente difícil e traumática. A descrição da paciente da situação passada e atual indicava a perda de um importante reforçador, e muita culpa pelo ocorrido, não vendo como poderia sair daquela situação de dor. Diante desses relatos, a terapeuta buscou acolher a dor de M, através de falas como “acredito que essa seja uma das maiores (se não a maior) dores que uma pessoa pode sentir” e “não consigo imaginar como é difícil lidar com a morte inesperada de um filho, sinto muito”. A terapeuta também buscou trazer esperanças ao descrever que essa dor de fato nunca iria passar, mas que com o tempo iria se transformar, e que iriam juntas buscar maneiras de enfrentar essa dor da melhor maneira possível.

#### *Coleta de dados*

Durante os primeiros atendimentos, o terapeuta tem um primeiro contato com as informações trazidas pelo paciente. Essas informações chegam ao atendimento de maneira desordenada, com detalhes pouco relevantes para o trabalho terapêutico e possivelmente até mesmo com edições e cabe ao terapeuta evocar a descrição de informações relevantes e organizá-las de maneira a contribuir para a formulação de caso. Dentre as informações principais a serem coletadas durante as primeiras sessões estão:

*Queixa clínica:* queixa trazida pelo paciente voluntariamente. Pode-se entender como queixa clínica os motivos que o levaram até a terapia e as mudanças que deseja fazer em seu contexto durante o trabalho terapêutico.

*História de vida:* Nesse conjunto de informações devem ser inseridos os dados da história passada do paciente. Nessa sessão, são incluídos os dados históricos que possuem correlação com os comportamentos descritos na queixa trazida pelo cliente, uma vez que irão ser dados importantes para indicar o contexto em que os comportamentos problema do cliente se estabeleceram.

*Situação atual:* Assim como a história de vida do paciente indica o estabelecimento do comportamento problema historicamente, alguns dados da situação atual do paciente indicam como esse comportamento se mantém no contexto atual, isto é, em que ambientes ocorre e quais consequências seguem esse comportamento, o que faz com que ele se mantenha no contexto atual. Nessa sessão, devem ser inseridos os dados contextuais em que os comportamentos relevantes para o processo psicoterapêutico ocorrem, os sujeitos envolvidos nessas situações e as ações e reações desses pares relacionadas ao comportamento do paciente.

*Medicamentos:* Os comportamentos problema que surgem como questão na clínica muitas vezes tem intervenções medicamentosas associadas. A descrição do medicamento e seus efeitos no organismo é importante tanto pelo efeito farmacêutico, que causa alterações bioquímicas, quanto carrega possíveis estigmas, ambos capazes de atuar sobre os comportamentos do organismo.

*Problemas de saúde:* Da mesma maneira que os medicamentos alteram a bioquímica do organismo e carregam estigmas que influenciam o comportamento, problemas de saúde podem ser variáveis que atuam através desses dois níveis. A depender da condição ou doença do paciente, ele pode ter alterações no comportamento que podem ser confundidas com depressão (e.g. Ricardo Neto, Figueiredo & Oliveira, 2021) ou podem, a aceitação da doença em si, ser uma questão terapêutica (Vandenberghe, 2005).

*Repertório de entrada:* O trabalho realizado em terapia partirá do repertório comportamental inicial do paciente, que será ampliado e adequado de acordo com sua queixa. Por isso, é necessário compreender qual é o ponto de partida, devendo ser identificados os comportamentos em excesso (comportamentos que precisam ser reduzidos em frequência, intensidade, duração ou em diferentes ambientes), os déficits comportamentais (comportamentos que precisam aumentar sua frequência, intensidade, duração ou ser generalizados para outros ambientes) e os potenciais do paciente (comportamentos adequados, que podem auxiliar na melhora terapêutica).

### **Semanas: 3 e 4**

#### ***Análise funcional dos dados***

Há dois tipos de análises funcionais propostas. As análises funcionais moleculares têm como objetivo identificar a relação funcional em comportamentos específicos e pontuais e incluem os três termos da tríplice contingência. Envolvem a identificação inicial da resposta alvo do organismo e, em seguida, a identificação de antecedentes, consequências, tipo de processo de reforçamento envolvido e possíveis efeitos como subproduto (De Farias, Fonseca & Nery, 2018). As análises molares, por sua vez, dependem de algum tempo de coleta e são

baseadas em um conjunto de comportamentos de topografias distintas, porém funções semelhantes (Marçal, 2005). Além disso, as análises molares integram os aspectos históricos que mantêm aquele padrão comportamental, permitindo um melhor entendimento do que mantém o comportamento problema do paciente. Para isso, é necessário identificar os comportamentos que exemplificam o padrão comportamental a ser analisado, para então identificar o histórico de aquisição, contextos atuais que mantêm esse comportamento e consequências que fortalecem ou enfraquecem o padrão em questão (De Farias, Fonseca & Nery, 2018).

*Análise molar e molecular:* Considerando a perspectiva analítico-comportamental, em que o comportamento é determinado pela relação organismo-ambiente (de Rose, 2001; Todorov, 1989) é possível, a partir dos dados coletados até então, distinguir as variáveis que influenciam o comportamento a partir dos três níveis de seleção (Skinner, 1981). Esses dados coletados devem ser selecionados e organizados de maneira que seja possível compreender a relação causal que envolve o comportamento, isto é, a contingência em que esse comportamento está inserido (Todorov, 1989). Uma possibilidade de descrição dessa relação é através das análises funcionais (Moreira e Medeiros, 2007). Nessa análise, são estabelecidos como eventos se relacionam ao comportamento do paciente, central na análise funcional (Skinner, 1953/2003), além da identificação das relações funcionais desses eventos, como a identificação da função de reforçador ou de punição da consequência que ocorre após o comportamento (Baum, 1994/2006; Moreira & Medeiros, 2007; Pierce & Cheney, 2004; Skinner, 1953/2003; Todorov, 1982). Na análise funcional também é possível identificar a natureza do comportamento (inata ou aprendida) e dos reforçadores (primários, secundários e terciários) (Baum, 1994; Pierce & Cheney, 2004; Hull, 1943; Tomanari, 2000).

*Caso M*

Durante a coleta de dados, foi relatado pela paciente que tinha dificuldades em “dizer não” (déficit comportamental), relatando eventos em que chegou a negar pedidos e as pessoas envolvidas ficavam “de cara virada” ou mudavam seus comportamentos com M. Além disso, quando concorda com esses pedidos têm aprovação dos pares, além de condizer com regras de que deve sempre ajudar os outros, a qual sempre esteve presente em sua família. M também relata dificuldades em se comunicar com o marido, pois as vezes em discussões tinha falas ofensivas (excesso comportamental) - quando tem essas falas, relata que o marido por vezes não sabe mais o que falar, tendo ela a última palavra da discussão. Ainda assim, relata que sua mãe dizia coisas muito piores quando M era mais nova. A paciente relatou também não ter interesse em sair de casa, e que não gostava de estar com pessoas (déficit comportamental). Também relatou que muitas vezes, quando em contato com pessoas, falavam sobre o filho ou a tratavam com muitos cuidados, o que ela associou a um tratamento diferente por sua dor.

Com isso, realizou-se as seguintes **análises moleculares**<sup>2</sup>:

<b>Antecedentes</b>	<b>Comportamento</b>	<b>Consequências</b>	<b>Processos</b>	<b>Efeitos</b>
- Pedido inadequado de alguém (ex: empréstimo de dinheiro) - Histórico de ser julgada quando nega algo	Concordar com pedido inadequado (ex: emprestar dinheiro)	- Não é julgada  - Prejuízos por ter que fazer o que pediram (ex: perder dinheiro)	- Reforço negativo  - Punição negativa	Frustração
- Problema no relacionamento  - Marido não concorda	Falas ofensivas	- Marido, ofendido, para de discutir  - Aumento dos conflitos na relação	- Reforço negativo  - Punição positiva	Frustração
- Morte do filho  - Dificuldades em lidar com dor da perda	Conversar com pessoas	- É lembrada do filho e tem contato com sentimentos desconfortáveis  - Tem contato	- Punição positiva  - Reforço	Sentimento de tristeza

<sup>2</sup> Modelo de análise molecular retirado de De Farias, Fonseca e Nery (2018).



		social	positivo	
--	--	--------	----------	--

A partir desses dados, também foi possível realizar uma **análise molar**<sup>3</sup> de comportamentos de fuga ou esquiva da paciente:

<b>Comportamentos que caracterizam</b>	<b>Histórico de aquisição</b>	<b>Contextos atuais mantenedores</b>	<b>Consequências que fortalecem o padrão</b>	<b>Consequências que enfraquecem o padrão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concordar com pedidos inadequados</li> <li>- Falas ofensivas</li> <li>- Isolar-se</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambientes julgamentosos</li> <li>- Regra “uma boa pessoa deve ajudar o próximo”</li> <li>- Mãe como modelo com baixa comunicação assertiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pares mencionando assuntos que a paciente tem dificuldade de lidar</li> <li>- Conflitos intrafamiliares</li> <li>- Pares com expectativa de que assuma papéis socialmente designados a mulheres (e.g. cuidado, carinho, atenção)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se livrar do desconforto de julgamentos</li> <li>- Se livrar de discussões</li> <li>- Se livrar de ter que lidar com sentimentos difíceis (e.g. aceitação da perda do filho)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrecarga com pedidos inadequados</li> <li>- Aumento da tensão dentro do casamento</li> <li>- Baixo acesso a reforçadores</li> </ul>

### ***Estabelecendo objetivos***

Considerando os dados coletados nas sessões anteriores, o terapeuta deve organizar seus objetivos terapêuticos, isto é, quais mudanças planeja que aconteçam ao final de sua intervenção. Os objetivos devem ser ordenados por prioridade de urgência e, preferencialmente, do mais simples ao mais complexo, visando já no início de sua intervenção obter resultados concretos que reforcem a aderência do paciente e, assim,

<sup>3</sup> Modelo de análise molar retirado de De Farias, Fonseca e Nery (2018).

augmentando a probabilidade de permanência no processo, para que as questões mais difíceis e complexas sejam trabalhadas.

### ***Programação de possíveis intervenções***

Os dados coletados e organizados a partir das sessões iniciais são os dados que irão compor a formulação de caso, que descreve as informações do paciente relevantes para que a intervenção seja realizada. A partir desses dados, o terapeuta deverá ser capaz de identificar quais intervenções comportamentais possíveis possuem potencial de maior efetividade para o paciente em questão, visando alcançar os objetivos terapêuticos estabelecidos. As intervenções no processo de acolhimento psicológico analítico comportamental não são generalizadas para todos os indivíduos, uma vez que sua fundamentação filosófica parte do pressuposto de que, mesmo quando com comportamentos de topografias semelhantes, os indivíduos que buscam atendimento psicológico possuem diferentes históricos de contingências que determinam seus comportamentos atuais (Banaco, Zamignani & Meyer, 2010). Contudo, algumas intervenções terapêuticas são comumente utilizadas em intervenções analítico-comportamentais, destacando-se em ao menos um dos três objetivos descritos a seguir:

*Promover autoconhecimento:* A compreensão de um sujeito dos elos que influenciam funcionalmente seu comportamento caracteriza o autoconhecimento. A partir da compreensão das contingências em vigor em seu contexto, o paciente deixa de ser uma figura passiva e tem a possibilidade de atuar ativamente em relação a suas queixas (Skinner, 1974). Para tanto, o terapeuta pode aumentar o repertório de autoconhecimento do paciente inicialmente identificando as contingências que atuam sobre as queixas do paciente, para que só então auxilie positivamente na reflexão que irá realizar. Dessa forma, é função do terapeuta

identificar as funções, topografias e variáveis que controlam o comportamento do paciente, o que será fundamental para o desenvolvimento de intervenções descritivas.

*Alterar funcionalmente as contingências:* Um segundo tipo de intervenção é caracterizado pela atuação direta sobre as contingências. As intervenções sobre as contingências podem ocorrer alterando um dos elos presentes, o que tem como consequência a alteração de toda a contingência como um todo, uma vez que antecedente, resposta e consequência possuem implicações mútuas entre si. Dessa forma, sem que o comportamento do indivíduo precise ser alterado diretamente, é possível realizar alterações sobre os antecedentes e as consequências envolvidos na contingência em questão.

*Ampliar repertório comportamental:* Por fim, além de atuar sobre os antecedentes e consequências, é possível realizar intervenções com enfoque na mudança comportamental. Sendo o comportamento do indivíduo um dos três elementos da contingência, a alteração do comportamento é capaz de atuar como contracontrole, modificando o contexto natural do indivíduo (Sidman, 2001). Para isso, o paciente precisa por vezes ampliar seu repertório comportamental, aprendendo a emitir comportamentos que antes não eram emitidos, e que limitavam as possibilidades de controle do indivíduo na situação em questão. A partir de um repertório comportamental mais amplo, o sujeito torna-se capaz de variar os comportamentos emitidos e, portanto, capaz de responder de uma maneira que lhe seja mais conveniente. O terapeuta não irá trabalhar para ampliar o repertório indiscriminadamente, mas sim direcionado a partir dos objetivos terapêuticos e dos déficits, excessos e potencialidades do indivíduo em questão.

## **PARTE 2 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

**Semana: 4 a 10*****Intervenções comportamentais programadas a partir da formulação de caso***

Com base nos dados coletados na primeira parte e a organização desses, o processo de acolhimento psicológico passa para a etapa de intervenções embasadas nos objetivos terapêuticos, com enfoque no que se espera obter ao final da intervenção. Para isso, a intervenção terapêutica pode ser pensada dentro de um conjunto de intervenções comportamentais possíveis, porém sem delimitação protocolar. Ao invés de sessões rigidamente delimitadas, as intervenções possuem fins específicos, determinados pelos objetivos terapêuticos, porém são aplicadas a partir das demandas semanais apresentadas pelo paciente. Por esse motivo, a intervenção pode variar em relação ao que foi inicialmente pensado, sendo variável dependente dos temas e sofrimento levantados pelo paciente durante as sessões. As intervenções embasadas na formulação de caso ocorrem entre a quarta e décima sessão, e variam entre as descritas na seção a seguir:

*Descrever contingências:* Visando que o paciente compreenda melhor as contingências que atuam em seu contexto, uma intervenção visando a descrição de contingências é fundamental. Dessa forma, os comportamentos do paciente são emitidos com uma possibilidade maior de previsão de seus efeitos, permitindo-lhe ser um agente de mudanças mais efetivo (Skinner, 1974). Para que o terapeuta esteja capacitado para realizar essa intervenção, é necessário que, inicialmente, ele identifique as características do comportamento que vai ser alvo da intervenção, isto é, que identifique topografia, função, frequência, antecedentes e conseqüências do comportamento. A partir disso, o terapeuta é capaz tanto de descrever esses elementos quanto de evocar o comportamento de descrição por parte do paciente, através de reflexões e perguntas.

O profissional inicialmente irá tentar evocar o relato por parte do paciente, através de reflexões abertas e, caso esses antecedentes não sejam suficientes para a ocorrência de um relato total ou parcialmente correto do paciente, cabe ao terapeuta realizar alterações em seu próprio comportamento, gradualmente, até que evoque tais respostas. O terapeuta deve, então, analisar se as descrições do paciente são fatos precisos da realidade e, caso sejam, reforçar essas descrições, total ou parcialmente. Dificilmente o paciente irá partir diretamente de uma descrição imprecisa no início da intervenção para uma descrição totalmente acurada; o terapeuta deve, portanto, reforçar aproximações sucessivas desse relato que é comportamento-alvo da intervenção. A partir dessa última etapa de reforçamento, a intervenção de descrição de contingências torna-se cíclica, realizando-se novas descrições junto ao paciente e reforçando-as quando pertinente.

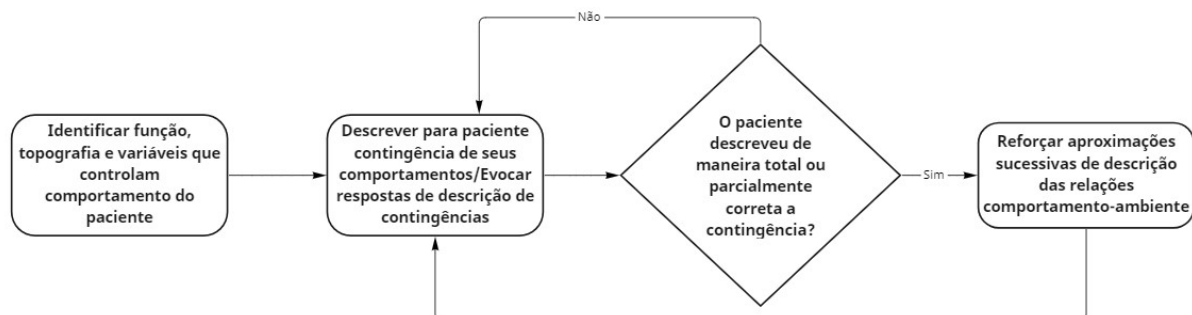


Figura 1. Decomposição de etapas de uma intervenção de descrição das contingências.

#### *Caso R*

A paciente se preocupa com a tristeza da filha, mas relata que a filha demonstra estar fugindo da mãe, saindo do quarto apenas quando a mãe entra no quarto. Foram analisadas maneiras que R poderia abordar a filha e que fatores do contexto atual fazem com que possa estar se afastando. R disse que quando conversa com a filha sobre o assunto “fala o que pensa”, a partir do que a terapeuta buscou levantar uma reflexão sobre a possibilidade de a filha fugir por R atuar como audiência punitiva. Juntas R e a terapeuta refletiram que esse comportamento pode não trazer benefícios e que pode fazer mais sentido ficar sob

controle das consequências. Ao final da reflexão, a terapeuta propôs que R desse apoio para a filha, como por exemplo acolhendo-a e compartilhando momentos da vida que possam ter semelhança.

*Atuar como ambiente para comportamentos-problema:* Assim como outros pares, o terapeuta é parte do ambiente do paciente. Dessa forma, a díade terapeuta-paciente pode evocar eventualmente comportamentos problema do paciente, assim como o paciente pode relatar a ocorrência do comportamento que o terapeuta identifica como problema. Para ambos os casos, o terapeuta deve responder diferencialmente, i. e., não reforçar o comportamento em questão da maneira que o ambiente do paciente responde em geral, formando-se assim, uma contingência distinta a que está presente no cotidiano do paciente (Popovitz & Silveira, 2014). Essa resposta distinta deve ser uma resposta não punitiva, uma vez que o ambiente costuma emitir consequências com esse efeito. A partir da resposta diferencial do terapeuta, é possível realizar uma intervenção reflexiva, comparando-se a contingência em vigor na díade terapeuta cliente e na relação com outros pares.

Além do responder diferencial, diante da ocorrência do comportamento-problema do paciente, o terapeuta pode intervir de maneira a solicitar o relato de descrição de comportamentos privados respondentes e operantes que ocorrem concomitantemente ao comportamento-problema, reforçando essa descrição. Tal intervenção tem como objetivo aumentar a frequência de descrições de comportamentos privados, o que auxilia na compreensão do paciente como um todo, tanto para o terapeuta, quanto para o paciente.

Diante da reflexão a partir desses dois processos de intervenção, o terapeuta tem a oportunidade de analisar com o paciente o comportamento problema em si e os efeitos causados por ele. Em sequência, é possível levantar uma análise reflexiva sobre os comportamentos que o paciente deseja e é capaz de alterar.

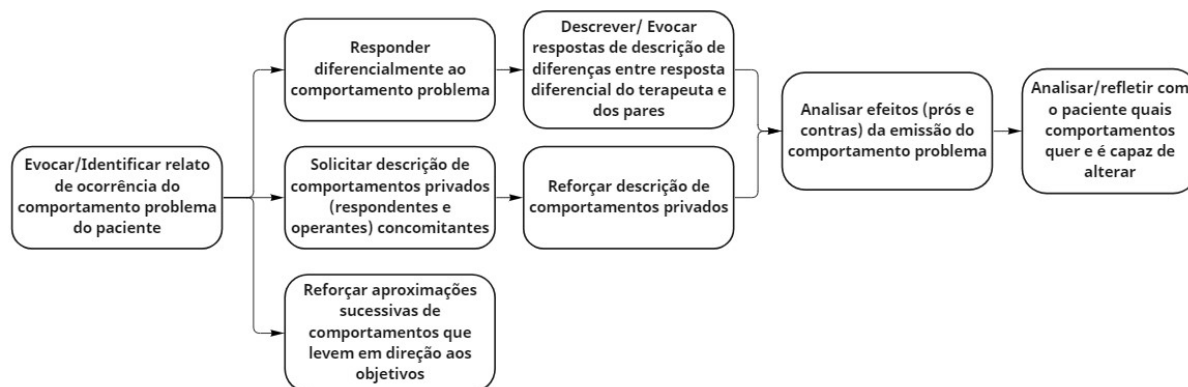


Figura 2. Decomposição de etapas de uma intervenção de atuação como ambiente para comportamentos-problema.

### *Caso M*

Durante os atendimentos, M relatou que gosta de trabalhar em uma casa que não tem contato com os empregadores, e que quando passa por situações que tem que ter contato acha ruim. Relatou também que quando a filha quer ir em sua casa não tem vontade que vá, pois por vezes acabam perguntando como está se sentindo. Tendo faltado em algumas sessões de atendimento anteriormente, a terapeuta compreendeu que os comportamentos evitativos apresentados em todos esses ambientes partilhavam semelhanças.

A terapeuta então passou a reforçar todas as vezes que a paciente vinha para as sessões, e abordou cuidadosamente a temática, questionando se esse comportamento evitativo poderia estar relacionado a dificuldades em lidar com sentimentos difíceis quando surgia a temática, ou ainda que em alguns casos comentários de pessoas sobre problemas cotidianos poderiam parecer invalidantes, por parecerem para a paciente problemas supérfluos quando comparados com a morte de seu filho. A terapeuta ainda buscou validar esses sentimentos da paciente, buscando ser empática diante da dor de M.

*Atuar como ambiente para comportamentos-alvo:* Da mesma maneira que o terapeuta pode atuar como ambiente com comportamentos-problema, pode atuar com comportamentos-alvo. Entretanto, no caso dos comportamentos-alvo, espera-se que o terapeuta aja de maneira a aumentar a frequência desses comportamentos, através de seu reforçamento (Popovitz & Silveira, 2014). Assim, nas ocasiões em que o comportamento ocorrer em sessão ou o paciente descrever a ocorrência do comportamento, o terapeuta deve responder diferencialmente, sendo um ambiente reforçador. Havendo esse histórico, o trabalho

terapêutico pode seguir para reflexões acerca dos diferenciais entre as contingências comumente em vigor e a contingência do comportamento em ambiente terapêutico. A comparação entre essas situações permite a percepção por parte do paciente das variáveis que determinam seu comportamento, contribuindo para a construção de autoconhecimento (Skinner, 1974).

Além disso, o terapeuta pode concomitantemente solicitar descrições de comportamentos encobertos que ocorrem quando emite o comportamento-alvo, devendo essa descrição ser reforçada. É importante também destacar que o comportamento-problema passará a ser substituído por comportamento-alvo através de um processo de modelagem. Devido a esse processo de transição, o terapeuta não deve se limitar a reforçar apenas o comportamento-alvo que determinou como esperado ao final da intervenção, mas sim reforçar aproximações sucessivas desse comportamento de melhora.

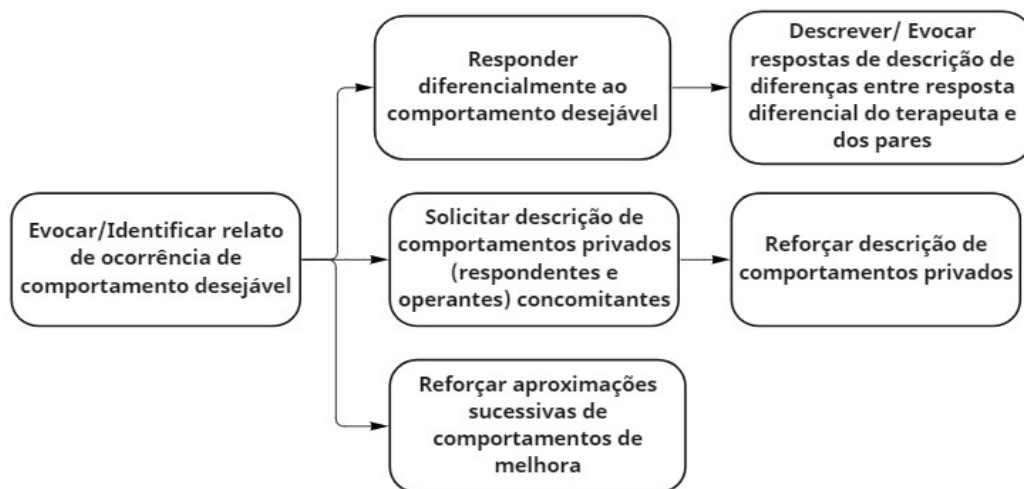


Figura 3. Decomposição de etapas de uma intervenção de atuação como ambiente para comportamentos-alvo.

### *Caso C*

A paciente relatou tristeza pela perda de pessoas conhecidas por covid-19. Compartilhou



que se sente bastante afetada pelas mortes, tendo contato com diversas pessoas que foram afetadas e faleceram devido ao vírus. A demanda da paciente foi acolhida e, considerando que a descrição de sentimentos é um comportamento-alvo estabelecido para o processo de acolhimento psicológico, o compartilhamento de sentimentos foi reforçado.

*Desenvolver e generalizar comportamentos alternativos:* Para auxiliar no desenvolvimento de um repertório comportamental alternativo, é necessário que o terapeuta inicialmente identifique algumas possibilidades, para que sua atuação com o paciente siga um caminho reflexivo com maior probabilidade de melhora. Os comportamentos inicialmente definidos como comportamentos-alvo, porém, devem ser sempre questionados de acordo com novas informações trazidas pelo paciente durante o processo, as quais podem indicar ao profissional a necessidade de uma mudança de direcionamento. Esses questionamentos devem ser feitos inicialmente a partir da reflexão, junto ao paciente, sobre quais comportamentos deseja e se sente capaz de alterar, considerando os motivos pelos quais o comportamento-problema foi inicialmente adaptativo e, portanto, selecionado. Após a identificação de quais comportamentos podem ser substituídos e quais podem substituir, a análise realizada será voltada para identificação de em quais contextos esses comportamentos podem ser aplicados, buscando iniciar com ambientes que possuem maiores chances de reforçar o comportamento-alvo. Após a aplicação do comportamento por parte do paciente, deve ser analisado em sessão, através da condução reflexiva do terapeuta, quais comportamentos ou elementos do comportamento foram efetivos para obtenção da mudança esperada. Ao longo dessa constatação o terapeuta é capaz de reforçar os comportamentos de melhora assim como, ao final, evocar uma reflexão sobre quais adaptações devem ser feitas em relação aos comportamentos do indivíduo para que alcance a mudança mais próxima do que espera. Dessa maneira, a intervenção torna-se cíclica, oscilando entre a análise sobre o

que o paciente ainda deseja alterar, aplicação dessas mudanças e análise dessas aplicações, novamente analisando se ainda deseja realizar alterações.

Considerando-se a intervenção descrita como molecular, (i.e., aplicada a uma situação com topografia específica) é possível ampliar seu efeito através de uma intervenção de caráter molar, a segunda derivada da primeira. Para isso, a intervenção do terapeuta pode partir das reflexões e mudanças no comportamento-problema anteriormente modificado e identificar, em conjunto com o paciente, outros contextos em que o mesmo comportamento ocorre, ou até mesmo comportamentos com diferentes topografias e função semelhante. A partir dessa identificação, é possível repetir o processo já realizado com o comportamento e contexto definidos inicialmente com o novo comportamento ou contexto. Dessa forma, o paciente irá, a partir do direcionamento do terapeuta, novamente se engajar no processo cíclico de identificar as mudanças que considera pertinentes, aplicar tais mudanças e refletir novamente, considerando as novas condições. Ao mesmo tempo, cabe ao terapeuta reforçar e dar suporte às eventuais dificuldades vivenciadas pelo paciente.

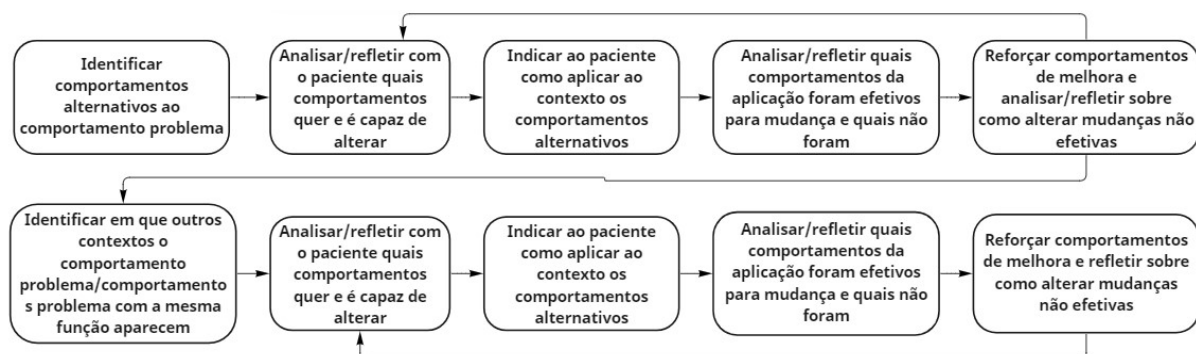


Figura 4. Decomposição de etapas de uma intervenção de desenvolvimento e generalização de comportamentos-alvo.

*Caso R*

Durante as intervenções, o repertório comportamental assertivo de R foi expandido, identificando-se maneiras que poderia se comunicar de maneira mais efetiva com o namorado, deixando claro que não gostaria mais de ver a sogra, por exemplo.

Em paralelo, a paciente vivenciava uma situação no trabalho em que precisava comunicar a um funcionário subordinado que estava apresentando conduta inadequada no trabalho. Foi discutido em sessão sobre a semelhança entre essas situações e se os comportamentos assertivos que apresentou com o namorado não poderiam ser aplicados também com o outro funcionário. A paciente emitiu o comportamento assertivo com o funcionário e percebeu que ele se incomodou com a fala, mas foi discutido em sessão sobre como foi importante esse comportamento, sendo reforçado pela terapeuta.

*Refletir sobre ambientes problemáticos:* De maneira geral, o terapeuta irá realizar sua intervenção com os comportamentos do paciente, uma vez que é ele que buscou a terapia visando mudanças. Algumas mudanças comportamentais, porém, se tornam difíceis quando se tenta realizá-las nas mesmas condições ambientais em que os comportamentos-problema acontecem, uma vez que esse ambiente mantém o comportamento até então. Dessa forma, uma possível intervenção terapêutica é pautada na identificação de ambientes problemáticos que podem ser alterados ou dos quais o paciente pode se esquivar de maneira benéfica. A partir dessa identificação, o terapeuta pode, junto ao paciente, refletir sobre as problemáticas desses ambientes, formulando com isso repertório suficiente para identificar se é pertinente alterar ou esquivar-se desse ambiente. Identificados os efeitos das possíveis mudanças, o terapeuta pode então sugerir alterações que pareçam pertinentes, reforçando os esforços do paciente em realizá-las e solicitando reflexões sobre quais características da mudança foram positivas ou não. Mantendo ciência dessa análise, a intervenção sobre os ambientes problemáticos pode trabalhar constantemente o aperfeiçoamento dessas alterações e reflexões sobre o que ainda pode ser feito, reforçando as tentativas do paciente e orientando diante de suas dificuldades.

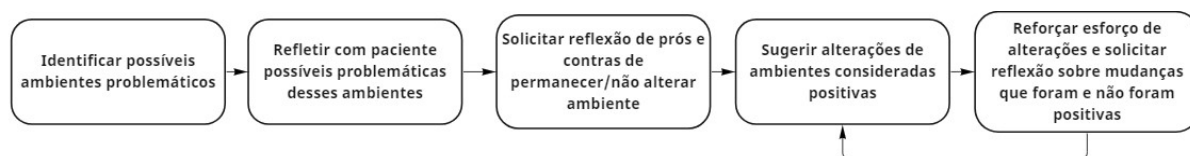


Figura 5. Decomposição de etapas de uma intervenção de reflexão sobre ambientes problemáticos.

### *Caso R*

R relata muitas dificuldades em lidar com comportamentos desrespeitosos da sogra, pensando em terminar o relacionamento com o namorado para não ter mais que passar por essas situações. A terapeuta reflete sobre as consequências que tal decisão pode causar, e reflete possibilidades alternativas.

Na sessão seguinte, a paciente relatou que se impôs diante de uma situação com a sogra, e decidiu não vê-la mais. R relatou estar se sentindo melhor, notando a redução de comportamentos ansiosos. A terapeuta reforçou a atitude da paciente e, mantida essa mudança ambiental, passou a trabalhar os impactos dessas mudanças na relação com o namorado.

*Alterar função de estímulos:* Estímulos assumem funções a partir do pareamento com outros estímulos, formando o que podemos chamar de molduras relacionais (Torneke, 2010), ou a partir de generalizações a partir de semelhanças entre esses estímulos. Esse pareamento possui função adaptativa, uma vez que o indivíduo pode responder a novos estímulos sem a necessidade de uma exposição direta a eles. Em algumas ocasiões, contudo, esse pareamento pode ocorrer com estímulos para os quais não é interessante ao sujeito responder da mesma maneira como respondeu em outra oportunidade, uma vez que pode desencadear comportamentos inadequados para a situação. É possível também, que o comportamento tenha tido uma importância distinta em outro momento da vida do indivíduo, em que outras contingências estavam em vigor. Por exemplo, uma pessoa pode ter vivenciado um relacionamento violento, apresentando respondentes de medo quando estava diante da pessoa; durante o relacionamento e diante da presença da pessoa, tais respondentes eram extremamente adaptativos e, portanto, importantes de serem estabelecidos. Porém, mesmo já

não estando exposta a esse relacionamento e sim em outros relacionamentos amorosos, é possível que essa pessoa apresente os mesmos respondentes de medo que apresentava no relacionamento anterior, o que pode dificultar o estabelecimento de uma nova relação possivelmente saudável, além de trazer sensações negativas que não mais refletem a contingência em vigor.

Em situações em que o objetivo terapêutico está relacionado a mudanças nas funções de estímulos da contingência, o terapeuta pode atuar diretamente nesse quesito. Identificada essa possibilidade, o terapeuta deve ser capaz de identificar os estímulos envolvidos na contingência em vigor na qual planeja intervir, verificando a viabilidade da intervenção. A partir disso, o terapeuta pode realizar uma psicoeducação relacionada ao funcionamento do procedimento de exposição, de maneira que o paciente compreenda o processo e seus possíveis desconfortos. Dar-se-á então o início da intervenção em si, a partir da aplicação de um relaxamento com o paciente, seguido da exposição ao procedimento. Deve-se aplicar a intervenção da maneira menos invasiva possível, i. e., de maneira que o paciente seja exposto ao estímulo ou a uma propriedade do estímulo de maneira branda, visando que o efeito comportamental que ele elicia seja, assim, leve. Feito isso, o terapeuta deve verificar o estado emocional do paciente, acolher as possíveis demandas que surjam e reforçar a adesão e esforço. Caso a intervenção não tenha sido avaliada como positiva, cabe ao terapeuta avaliar as variáveis que prejudicaram a intervenção e verificar se aplicá-la ainda pode trazer benefícios. Caso já tenha se mostrado eficaz, o terapeuta deve se questionar se ainda é necessária uma nova aplicação e, se sim, deve expor o paciente a um estímulo ligeiramente mais intenso, porém ainda relativamente branda e próximo do estímulo inicialmente definido. Toda nova aplicação deve ser seguida de uma verificação do estado emocional do paciente, além de acolhimento e um responder reforçador por parte do terapeuta. Após toda aplicação, deve-se verificar se a intervenção ainda é necessária e, caso não seja, deve ser interrompida.

Para um exemplo de intervenção que altera a função dos estímulos, tem-se a dessensibilização sistemática (Moreira & Medeiros, 2007)

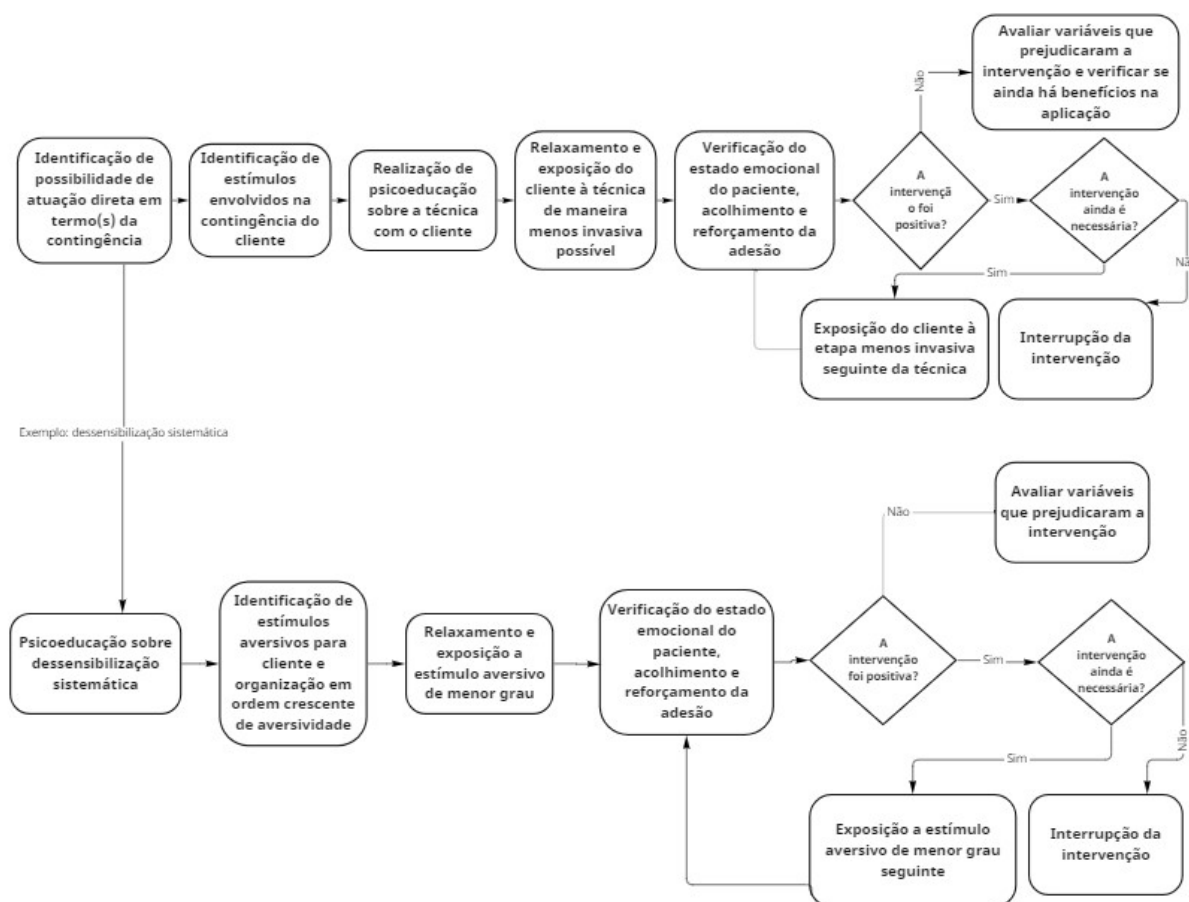


Figura 6. Decomposição de etapas de uma intervenção de alteração de função de estímulos.

### Caso M

M relata sentimentos muito aversivos quando entra no quarto que era do filho, que continua da mesma maneira desde que o perdeu. A terapeuta entendeu que o quarto foi incluído na moldura relacional da ocasião da morte do filho, tornando-se um estímulo aversivo. A terapeuta realizou uma psicoeducação sobre pareamento de estímulos, explicando para a paciente o porquê o quarto que poderia ser relacionado a uma boa memória pela associação com o filho, foi relacionado com outro estímulo aversivo, sua morte. A terapeuta então propôs que a paciente mudasse a disposição dos móveis no quarto, de maneira que a imagem do quarto não fosse tão relacionada à morte do filho, reduzindo sua função aversiva; feita essa alteração, a terapeuta verificou o estado emocional da paciente diante desse estímulo alterado e se a intervenção foi positiva e se ainda havia potencial de melhora a partir dela.

### **PARTE 3 - Sessões de encerramento**

#### **Semanas: 11 e 12**

As duas sessões finais são o momento em que o paciente, há alguns meses acostumado com a presença semanal do suporte do terapeuta, irá perder esse suporte e precisará adaptar-se a resolver seus problemas sem as contribuições do terapeuta. Buscando partir gradualmente da emissão dos comportamentos da maneira atual até a emissão desses comportamentos sem o suporte encontrado dentro do consultório, o terapeuta deve trabalhar algumas formas de reduzir o impacto da mudança, o que pode ser feito analisando-se o processo terapêutico percorrido até então e refletindo sobre os próximos passos independentes do paciente, após o encerramento da intervenção. Ambas as intervenções são descritas detalhadamente a seguir. Em paralelo, o terapeuta pode auxiliar no processo reflexivo de situações adversas atuais do paciente, que ele traga como temas na sessão; essas intervenções devem, porém, ser aplicadas em menor grau, para que não tomem tanto espaço do processo de encerramento e o paciente já se adapte a não ter o suporte constante do terapeuta para a resolução de problemas cotidianos.

#### ***Retomada de ganhos e objetivos***

A retomada do processo terapêutico tem como objetivo lembrar ao paciente as evoluções que teve no processo e deixar mais claro, a partir da descrição, os meios para que essas mudanças ocorressem. Essa intervenção permite aumentar ainda mais o autoconhecimento do paciente, uma vez que descreve as contingências em que ocorrem os comportamentos de melhora, sendo possível identificar as variáveis que controlam seu comportamento e tornar-se mais capaz de agir sobre essas variáveis. Para tanto, cabe ao terapeuta orientar e refletir junto ao paciente sobre quais comportamentos emitia no início,

atentando-se para as propriedades desses comportamentos - frequência, topografia, função e intensidade - e compará-los com os comportamentos e propriedades de comportamentos que emite nos momentos finais do processo de acolhimento, identificando os processos para tais mudanças. As identificações por parte do paciente devem ser reforçadas, visando que esse comportamento de descrição aumente de frequência.

#### *Caso R*

Durante os últimos atendimentos, a terapeuta realizou uma retrospectiva com R, que relatou ter melhorado o relacionamento com a filha, além de conseguir ser mais assertiva com o namorado e a sogra. A terapeuta descreveu ter também percebido tais melhoras e expôs sua percepção de que R parecia, aos olhos da terapeuta, ter deixados dois extremos: o de pensar com o próprio olhar para as questões da filha, estando ao final mais sensível a como ela se sente; e o de deixar de pensar em si na relação com o namorado e a sogra, passando a prestar atenção a suas próprias questões e se impor em ambas as relações.

#### ***Planejamento de próximas etapas***

Identificados os ganhos terapêuticos na etapa anterior, torna-se possível analisar as metas pessoais do paciente que ainda não foram alcançadas. Identificadas as metas e ganhos até o momento, o terapeuta deve conduzir um processo reflexivo, sobre como os ganhos obtidos anteriormente podem ser generalizados, a fim de alcançar as metas objetivadas no futuro, pelo paciente. Esse processo é feito a partir da identificação das propriedades dos comportamentos-alvo já alcançados, uma vez que a partir da compreensão da função desses comportamentos é possível identificar como ele pode ser generalizado para outros ambientes.

Considerando os potenciais do paciente ao final do acolhimento, também é possível identificar novos objetivos, a serem alcançados independentemente da presença do terapeuta. O terapeuta deve auxiliar o paciente na busca por objetivos realistas, identificando os déficits, excessos e potenciais que o paciente ainda apresenta. O terapeuta ainda deve auxiliar o paciente a decompor seus objetivos em comportamentos mais específicos de maneira que,



para alcançá-lo, o paciente tenha uma compreensão molar e molecular da situação, além de ser capaz de alcançar seu objetivo através de aproximações sucessivas.

Além dos objetivos futuros pessoais do paciente, cabe ao terapeuta tomar uma decisão, em conjunto com o paciente, sobre qual encaminhamento será dado ao caso. O terapeuta deve considerar: a) se o paciente já teve melhoras significativas e é capaz de seguir sem suporte de um profissional; b) se o serviço é benéfico para o paciente; e c) se o serviço é suficiente para a melhora do paciente. Em caso afirmativo para a primeira questão, o paciente deve ser considerado um candidato para alta; em caso negativo para a primeira questão e positivo para a segunda, o paciente deve ser considerado candidato para reencaminhamento dentro do programa, ou seja, realizar um novo ciclo de 12 sessões de acolhimento psicológico; em caso negativo para ambas as primeiras questões, o paciente deve ser considerado para encaminhamento para outro serviço que o atenda melhor, e desligado do serviço de acolhimento psicológico; e por fim, caso o paciente ainda se beneficie da intervenção, ainda que não seja suficiente para sua melhora, deve ser considerado um reencaminhamento para o programa, concomitante ao encaminhamento a um serviço especializado que possa trabalhar em conjunto com o terapeuta do serviço de acolhimento, potencializando a melhora do paciente.

Os questionamentos e possibilidades descritos acima devem ser realizados pelo terapeuta responsável pelo caso, mas não deve ser uma decisão passiva para o paciente. A cadeia de raciocínio que leva à decisão terapêutica final deve ser descrita para o paciente, de maneira clara e acessível. Diante dos fatos, o terapeuta deve expor o encaminhamento que entende como mais viável e acatar as opiniões do paciente sobre o assunto, uma vez que ele tomará a decisão final sobre o tratamento em que irá ou não se engajar. Caso o paciente seja desligado do programa, ele deve ainda ser orientado a buscar novamente o programa caso sinta necessidade de voltar a ser atendido.

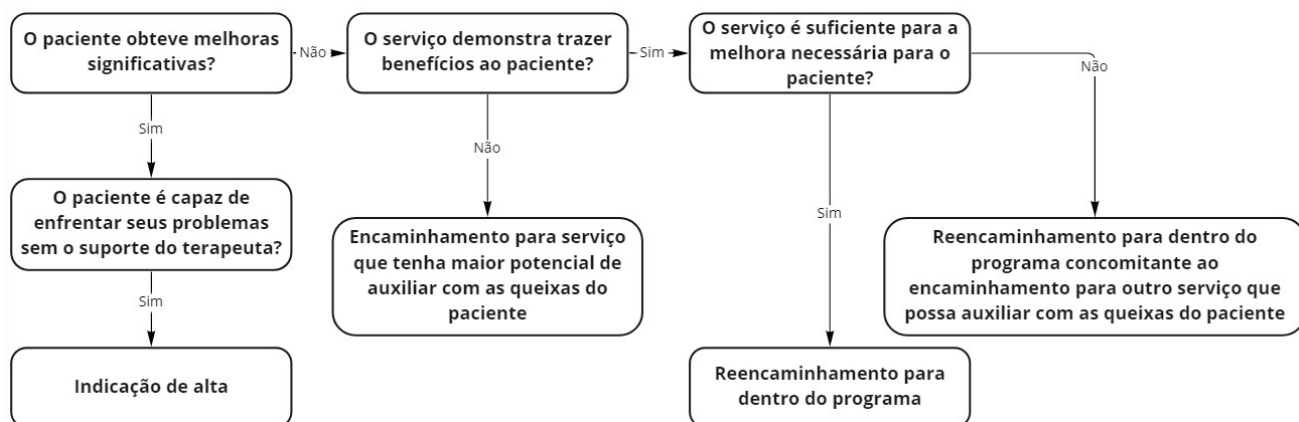


Figura 7. Descrição de etapas para tomada de decisões para encaminhamento.

### *Caso R*

Para a paciente R, a terapeuta entendeu que seria interessante que fosse encaminhada para um processo de psicoterapia de longa duração, o que seria mais adequado para paciente do que realizar blocos de 12 sessões de acolhimento psicológico. Quando a terapeuta apresentou seus motivos, perguntou a R o que pensava sobre, ao que R respondeu que não gostaria que terminasse, nem de começar os atendimentos com um novo terapeuta. Com isso, a terapeuta chegou a um acordo de reencaminhar a paciente para o programa novamente, mas R ainda assim buscava atendimento de longo prazo, durante esse período, visando uma transferência para o novo serviço. A terapeuta ainda realizou uma psicoeducação sobre como ocorre o vínculo terapêutico, buscando acalmar R em relação ao medo de se expor para um novo terapeuta.

## DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi descrever o processo de uma intervenção de acolhimento psicológico breve, desenvolvida em 12 sessões de 50 minutos semanais. Para a descrição dessa intervenção, as sessões foram divididas em três etapas principais, ainda que não tão delimitadas: sessões iniciais, em que ocorre a coleta de informações e formulação do caso; sessões intermediárias em que há a implementação do programa de intervenção; e sessões finais, em que é analisado o processo de intervenção e realizadas decisões sobre encaminhamento do paciente. O presente estudo contou com observações assistemáticas da

pesquisadora, com concordância de outros dois pesquisadores sobre quais processos estariam sendo aplicados na descrição analisada. A descrição desse processo tem como objetivo permitir a replicabilidade da intervenção, de maneira que possa ser replicada por outros pesquisadores e, futuramente, realizada uma análise qualitativa de sua efetividade.

Para os dois atendimentos finalizados descritos, ambas as pacientes descreveram identificar melhoras em relação a suas queixas. T descreveu, ao final do processo, que se sente menos ansiosa, além de ter desenvolvido maior autoconfiança e capacidade de falar sobre sentimentos. A paciente R descreveu ao final das intervenções perceber melhora nos relacionamentos interpessoais e maior assertividade. A paciente S está em processo de atendimento, mas relata sentir-se bem após os atendimentos, descrevendo outros pares como audiência punitiva. As descrições das pacientes são condizentes com as percepções da terapeuta. Diante disso, considera-se que as intervenções como um todo foram efetivas para a melhora das pacientes.

A intervenção realizada com a paciente S foi presencial, enquanto com as pacientes T e R, online. No momento em que foi realizada a oferta presencial dos atendimentos, houveram muitas negativas das pessoas que estavam na lista de espera, em relação ao momento em que foi ofertada a intervenção online. Foi possível observar que as intervenções online facilitaram a aderência das participantes aos atendimentos, uma vez que não havia necessidade de deslocamento para a clínica escola. Nessas intervenções, porém, havia pouco controle do terapeuta sobre o ambiente do paciente, e algumas vezes era possível perceber que o local em que estava realizando as sessões era inadequado e acessível para outras pessoas. Com isso, por vezes se tornava difícil compreender se o vínculo terapêutico ainda não estava bem formado ou se o paciente trazia relatos vagos pelo local em que realizava as videochamadas ser inadequado. Diante dessa reflexão, sugere-se maior destaque ao contrato terapêutico, em que o terapeuta pode descrever de maneira mais incisiva as regras que regem

o processo. Destaca-se porém que é possível que os pacientes não tenham um lugar adequado para realizar os atendimentos, e tal exigência, caso extremamente incisiva, pode levar a desistência por parte do paciente e, portanto, privá-lo de qualquer acesso a um tratamento. A paciente R, por exemplo, descreveu ter realizado atendimentos em lugares inadequados algumas vezes por não ter acesso a outro lugar em que tivesse privacidade. Sugere-se que pesquisas futuras analisem a influência dessa variável.

Como limitadores, identificou-se que a população atendida especificamente nessa intervenção possuía queixas bastante complexas, por serem encaminhamentos do sistema público de saúde sem um processo de triagem amplo. Para casos dessa magnitude, faz-se necessário muitas vezes um número maior de sessões, uma vez que o contexto do participante provavelmente se encontra muito desorganizado e com grandes necessidades de mudanças. Por esse motivo, em casos mais graves as 12 sessões demonstram efetividade para mudanças, mas ainda não suficientes para que o paciente possa lidar com suas queixas sem suporte terapêutico, como suportado pela literatura (Cordioli, 2008). Portanto, sugere-se incluir uma etapa pré-intervenção, em que o terapeuta busque identificar a gravidade do caso e a necessidade de suporte do paciente, de maneira a elencar já de início se há a necessidade de uma intervenção com maior duração, enquadrando-se em psicoterapia e não no modelo de acolhimento psicológico.

Em síntese, conclui-se que o processo de acolhimento psicológico embasado na Terapia Analítico-Comportamental pode ser descrito a partir dos princípios da Análise do Comportamento e contendo os elementos principais de um processo terapêutico (isto é, os momentos de coleta de dados, intervenção principal e finalização do processo) dentro de um modelo de 12 sessões semanais. O processo pode ser descrito a partir da exemplificação de três casos de pacientes do sexo feminino, indicando efetividade a partir dos relatos das pacientes ao final das intervenções e das observações assistemáticas da terapeuta. A descrição

dos exemplos auxilia na visualização da aplicação da intervenção na prática, mas não abrange todas as possibilidades de intervenção. Para pesquisas futuras, sugere-se a utilização da descrição do processo aqui realizada como orientação para novas aplicações, aumentando o número de evidências de sua efetividade. Além disso, sugere-se que durante a aplicação sejam utilizadas medidas pré e pós intervenção, visando indicadores qualitativos de efetividade, em delineamentos de sujeito único. É possível ainda que pesquisas futuras analisem se há diferenças de efetividade para a aplicação da intervenção com diferentes quadros diagnósticos, permitindo uma melhor adequação da intervenção a públicos específicos.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. S. S. (2017). Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(4), 238-259.
- Andery, M. A. P. A. (2010). Métodos de pesquisa em análise do comportamento. *Psicologia USP*, 21(2), 313–342. <https://doi.org/10.1590/s0103-65642010000200006>.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice In Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271- 285.
- Banaco, R. A. e Zamignani, D. R.(2004). An analytical-behavioral panorama on the anxiety disorders. Em: T. C. C. Grassi (org) *Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview*. Santo André: ESETec.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R & Meyer, S. B. Função do Comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: Emmanuel Zagury Tourinho; Sergio Vasconcelos de Luna. (Org.). *Análise do Comportamento: Investigações Históricas, conceituais e aplicadas*. 1º ed. São Paulo: Roca, v. 1, p. 175-191, 2010.
- Banaco, R. A., Zamignani, D. R & Meyer, S. B. Função do Comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: Emmanuel Zagury Tourinho; Sergio Vasconcelos de Luna. (Org.). *Análise do Comportamento: Investigações Históricas, conceituais e aplicadas*. 1º ed. São Paulo: Roca, v. 1, p. 175-191, 2010.

Banaco, Roberto Alves. (1993). O impacto do atendimento sobre a pessoa do terapeuta. *Temas em Psicologia, 1*(2), 71-79.

Barbosa, C (2004). Ansiedade: Possíveis intervenções na análise do comportamento. *Sobrecomportamento e Cognição, 13*, 163-167.

Baum, W.M. (1994) *Understanding Behaviorism: Science, Behavior, and Culture*. New York: HarperCollins.

Benfer, N., Spitzer, E. G., & Bardeen, J. R. (2021). Efficacy of third wave cognitive behavioral therapies in the treatment of posttraumatic stress: A meta-analytic study. *Journal of Anxiety Disorders, 78*, 102360. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102360>

Bolsoni-Silva, A. T. (2009). Habilidades sociais de universitários: procedimentos de intervenção na perspectiva da Análise do Comportamento. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Desafios, soluções e questionamentos (Vol. 23, pp. 21-52)*. Santo André, SP: ESETec

Bolsoni-Silva, A. T., & Fogaça, F. F. S. (2018). *Promove–Pais. Treinamento de habilidades sociais educativas: guia teórico e prático*. São Paulo: Hogrefe.

Bolsoni-Silva, A. T., & Josua, D. (2019). Instrumentos de avaliação na pesquisa e na prática clínica: questões relevantes para a produção de evidências na TAC. *Perspectivas em Análise do Comportamento, 10*(1), 042-063. <https://doi.org/10.18761/PAC.TAC.2019.008>

Bolsoni-Silva, A. T., Falcão, A. P., & Cognetti, N. P. (2021). Intervenções na escola: Promove-Crianças e Promove-Professores. *Educação Em Foco, 24*(43), 291–316. <https://doi.org/10.24934/eef.v24i43.5107>.

Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2009). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Artmed Editora.

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Suicídio na Pandemia Covid-19*. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz.

Calais, S. L., & Bolsoni-Silva, A. T. (2008) Alcance e Limites das Técnicas Comportamentais: Algumas considerações. In M. R. Cavalcante (Org.). *Análise do Comportamento: Avaliação e Intervenção (pp. 15-30)*. São Paulo: Roca.

Carvalho, L. de F., & Rocha, G. M. A. da. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45) para o Brasil. *Psico-USF, 14*(3), 309–316. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712009000300007>.

Cordioli, A. V. (2008). As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: Cordioli, A. V. (Org.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 19-41.

De Farias, Fonseca, F. N., & Nery, L. B. (2018). *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 2018.

De Rose, J. C. C. (2001). *Sobre Comportamento e Cognição – aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista*. Org. Roberto Alves Banaco. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001

De-Farias, A. K. C. R. (2010). *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*. São Paulo: Artmed Editora.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2012). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. (9ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico - comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 167-184.

Duailibi, K., Anderson, S., & Bonifácio, C. F. (2014). *Depressão*. RBM Rev. Bras. Med.

Dunlap, G., & Kern, L. (2018). Perspectives on functional (behavioral) assessment. *Behavioral Disorders*, 43(2), 316–321.

Dunlap, G., Kern, L., de Perczel, M., Clarke, S., Wilson, D., Childs, K. E., et al. (2018). Republication of “Functional Analysis of Classroom Variables for Students with Emotional and Behavioral Disorders”. *Behavioral Disorders*, 43(2), 322-336.

Falcão, A. P; Bolsoni-Silva, A. T. (2016). *PROMOVE-Crianças: treinamento de habilidades sociais*. Hogrefe-CETEPP. 104 p. São Paulo.

Ferreira, D. C., & Tourinho, E. Z. (2011). Relações entre depressão e contingências culturais nas sociedades modernas: interpretação analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 13(1), 20–36.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, De Longis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1966, 50, 571-579. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>.

Garcia, V. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2015). Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Terapia comportamental: um estudo de caso. *Acta Comportamentalia*, 23(2), 167-183.

Gresham, F. M. (2013). Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações* (pp. 17-66). Petrópolis, RJ: Vozes.

Guilhardi, H. J. (2002). *Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade*. Disponível em [http://www.itrcampinas.com.br/pdf/helio/Autoestima\\_conf\\_respons.pdf](http://www.itrcampinas.com.br/pdf/helio/Autoestima_conf_respons.pdf)

Hanley, G. P. (2012). Functional assessment of problem behavior: dispelling myths, overcoming implementation obstacles, and developing new lore. *Behavior Analysis in Practice*, 5(1), 54–72.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

Hull, C.L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Kahveci, G., & Ataman, A. (2017). The Effect of Conjoint Behavioral Consultation Program Related Teaching on Problem Behavior and Communication/Social Skills with a Blind and Autistic Child. *Journal of Education and Learning*, 6(4), 372–383.

Kazdin, A. E. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. New York: Pergamon Press.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K., & Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 59, 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009>

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1987). Functional analytic psychotherapy. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 388–443). Guilford Press.

Kola, L. (2020). Global mental health and COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 655–657. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30235-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30235-2)

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/s0033291721001355>

Lambert, M. J., Burlingame, G. N., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersh, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.

Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica (Tese de Doutorado)*. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Leonardi, J. L., & Meyer, S. B. (2015). Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(4), 1139-1156.



Levatti, G. E., Victuri, A. A., Garcia, V. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2019). Terapia analítico-comportamental para mulheres com ansiedade e depressão: comportamentos e procedimentos na interação terapêutica. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 9(2), 164-182. <https://doi.org/10.18761/PAC.2018.N2.02>.

López-Bermúdez, M. Á., Ferro-García, R., Calvillo-Mazarro, M., & Valero-Aguayo, L. (2021). Importance of the Therapeutic Relationship: Efficacy of Functional Analytic Psychotherapy with Different Problems. *Clínica Y Salud*, 32(3), 103–109. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a32>

Lydon, S., Healy, O., O'Reilly, M. F., & Lang, R. (2012). Variations in functional analysis methodology: A systematic review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(3), 301–326.

Marçal, J. V. de S. (2005). Estabelecimento de objetivos na prática clínica: Quais caminhos seguir? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VII (2), 231-245.

Marçal, J. V. de S. (2010). Behaviorismo Radical e Prática Clínica. In A. K. C. R. de Farias (Org.), *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 30-48). Porto Alegre, RS: Artmed.

Martins, M. A., & Vandenberghe, L. (2006). Psicoterapia no Tratamento da Fibromialgia: Mesclando FAP e ACT. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 18. Expondo a variabilidade* (pp. 238-248). Santo André: ESETec.

Matos, M. A. (1990). Controle experimental e controle estatístico: a filosofia do caso único na pesquisa com-portamental. *Ciência e Cultura*, 42, 585-592.

Medeiros, N. N. F. A. de, & Medeiros, C. A. de. (2018). Correspondência verbal na Terapia Analítica Comportamental: Contribuições da pesquisa básica. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 20(1), 40-57.

Mental Health and Substance Use. (2021). *Mental Health ATLAS 2020*. World Health Organization.

Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. Em E. Z. Tourinho & S. V. Luna (Orgs.), *Análise do comportamento: Investigações históricas, conceituais e aplicadas* (pp. 153-174). São Paulo: Roca.

Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000). *The Outcome Rating Scale*. Chicago: Author.

Moore, J. (2017). Seleção Comportamental Por Consequências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 13(2), 48-56.

Moreira, B. M; Medeiros, C. A. (2007). *Princípios Básicos de Análise do Comportamento*. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 29-46.

Moreira, D. D. J., & Bosi, M. L. M. (2019). Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2).

Moretto, L. A., & Silva, A. T. B. (2019). Promove-Universitários: efeitos na promoção de interações sociais e saúde mental. *Interação em Psicologia*, 23(3). <https://doi.org/10.5380/psi.v23i3.61155>.

Moretto, L. A., & Bolsoni-Silva, A. T. (2021). Efeitos do Promove-Universitários em estudantes de universidade pública e privada. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 23, 1-24. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v23i1.1328>

Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 01-08. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722007000100002>.

Negrão, M. M. *Fobias Específicas*. In: Orgone Psicologia Clínica [online]. 2011.

Neto, A.R.N. 2011. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 56(3):158-168.

Noel, C. R., & Rubow, C. C. (2018). Using Noncontingent Reinforcement to Reduce Perseverative Speech and Increase Engagement during Social Skills Instruction. *Education and Treatment of Children*, 41(2), 157–167.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS; 2001

Orti, N. P., Souza-Girotti, V. B., & Bolsoni-Silva, A. T. (2015). Social skills training in behavior therapy with college students diagnosed with depression. *International Journal of Current Research*, 7(4), 15382-15391.

Pereira, A. S., Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2016). Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. *Psico*, 47(4), 268-278.

Pierce, W. D., & Cheney, C. D. (2004). *Behavior analysis and learning*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum.

Popovitz, Juliana Maria Bubna, & Silveira, Jocelaine Martins da. (2014). A especificação do responder contingente do terapeuta na psicoterapia analítica funcional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 5-20.

Prette, Giovana Del. (2011). Treino didático de análise de contingências e previsão de intervenções sobre as consequências do responder. *Perspectivas em análise do comportamento*, 2(1), 53-71.

Ramiro, J. C.; Moreira, K; Junior, L. C. S; Almeida, N. S. B. A; Moron. S. G; Cândido, G. V; Reis, M. J. D. Apoio Psicológico Remoto: Impactos da Pandemia de Covid-19 na Saúde Mental. In Martini, L. C; Neto, J. B. B; Silva, C. R; Gracioso, L. S. (Orgs.). Para Além da Máscara: Experiências Plurais em Saúde Mental. São Carlos, SP: EdUFSCar. (em publicação).

Ramos, A. C., Pantet, A., de Almeida, R. B. M., de Andrade, L. M., Zamignani, D. R., de Oliveira, A. D., Oliveira, A. C. de F., Hayamizu, N., Moraes, W. L. da S., Rodrigues, B. D., & Kanamota, P. F. de C. (2019). Tradução e adaptação cultural do Questionário de Avaliação de Sessões (Session Evaluation Questionnaire) para o português do Brasil. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 10(1), 147-156.

Ricardo Neto, A., Figueiredo, B. Q. de ., & Oliveira, R. C. (2021). Hypothyroidism and its association with depressive disorders: a literature review. *Research, Society and Development*, 10(11), e12101119380.

Rocha, J. F., Bolsoni-Silva, A. T., &Verdu, A. C. M. A. (2012). O uso do treino de habilidades sociais em pessoas com fobia social na terapia comportamental. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 3(1), 38-56.

Roscoe, E. M., Schlichenmeyer, K. J., & Dube, W. V. (2015). Functional analysis of problem behavior: A systematic approach for identifying idiosyncratic variables. *Journal of applied behavior analysis*, 48(2), 289–314.

Savassi, L. C. M., Dias Bedetti , A. ., Joi de Abreu, A. B., Costa, A. C., Perdigão, R. M. da C. ., & Ferreira, T. P. . (2020). Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 12, 1–13. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1006>

Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*. 1996; 7 (1; 2): 183- 201.

Schieltz, K. M., Romani, P. W., Wacker, D. P., Suess, A. N., Huang, P., Berg, W. K. . . . , Kopelman, T. G. (2018). Single-Case Analysis to Determine Reasons for Failure of Behavioral Treatment via Telehealth. *Remedial and Special Education*, 39(2), 95–105.

Shalom, J. G., & Aderka, I. M. (2020). A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators. *Clinical Psychology Review*, 101827.

Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de Pesquisa em Psicologia* (9a ed.). McGraw Hill Brasil.

Shimokawa, K. Lambert, M.J. & Smart, D.W (2010). Enhancing Clinical outcome of patients in risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311.

Sidman, M. (2001). *Coerção e suas implicações* (M. A. Andery e T. M. Sério, Trans.). Campinas: Editorial Psy.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century.

Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.

Skinner, B.F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213, 501-504.

Slaikue, K. A. (1990). *Crisis intervention: a handbook for practice and research*. 2a edition. N.Y.: Ed. Allyn & Bacon

Smit, Y., Huibers, M. J. H., Ioannidis, J. P. A., van Dyck, R., van Tilburg, W., & Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy—A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 81–92.

Souza, V., Orti, N., & Bolsoni-Silva, A. (2013). Roleplaying como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(3), 102-122.

Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 1980, 176-185.

Stöckl, H., Devries, K., Rotstein, A., Abrahams, N., Campbell, J., Watts, C., & Moreno, C. G. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, 382(9895), 859–865.

Todorov, J. C. (1989). A psicologia como estudo de interações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5(3), 25-347.

Tomanari, Gerson Yukio. (2000). Reforçamento condicionado. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2(1), 61-67.

Torneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. New Harbinger Publications.

Torres-Rodríguez, A., Griffiths, M. D., Carbonell, X., & Oberst, U. (2018). Treatment efficacy of a specialized psychotherapy program for Internet Gaming Disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 939–952.

Transtornos mentais – OPAS/OMS | *Organização Pan-Americana da Saúde* (2020). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>.

VANDENBERGHE, L. Abordagens Comportamentais para a Dor Crônica. *Psicologia: Teoria e Crítica*, v. 6, n. 1, 2005.

Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:171-8.

Whitaker, S. (1993). The reduction of aggression in people with learning difficulties: A review of psychological methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 1–37.

Wilhelm, S., Phillips, K. A., Greenberg, J. L., O’Keefe, S. M., Hoepfner, S. S., Keshaviah, A., ... Schoenfeld, D. A. (2019). Efficacy and Posttreatment Effects of Therapist-Delivered Cognitive Behavioral Therapy vs Supportive Psychotherapy for Adults With Body Dysmorphic Disorder. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 363.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. . (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. *World Health Organization*.

World Health Organization. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>.

Zamignani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um panorama analítico- comportamental sobre os transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psicologia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 77-92.

### ANEXO I - Tradução do Outcome Rating Scale

Nome:	Idade(anos):
RG:	Sexo: M/F
Sessão:	Data:

#### Outcome Rating Scale (ORS)

#### Escala de Avaliação dos Resultados (EAR)

Olhando para a sua última semana, incluindo hoje, nos ajude a entender como você tem se sentido na sua vida, avaliando quão bem você tem estado nas áreas apresentadas a seguir. Para cada área, marcar na linha tendendo para a esquerda representa níveis baixos e marcar na linha tendendo para a direita representa níveis altos.

#### Em Geral (Senso geral de bem-estar)

E (-) D (+)  
 |-----|

#### Individualmente (Bem-estar pessoal)

E (-) D (+)  
 |-----|

#### Interpessoalmente (Família, relações próximas)

E (-) D (+)  
 |-----|

#### Socialmente (Trabalho, escola, amizades)

E (-) D (+)  
 |-----|